

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 143

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 12 janvier 1899, à 1 heure*

Par GODEFROY GROS

Né à Nort (Loire-Inférieure), le 4 juin 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES  
MUSCULAIRES

*Président : M. LE DENTU, professeur.*

*Juges : MM. { BERGER, professeur.  
QUÉNU et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



143

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 12 janvier 1899, à 1 heure*

Par GODEFROY GROS

Né à Nort (Loire-Inférieure), le 4 juin 1866

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

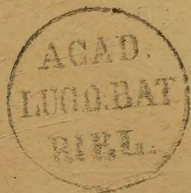
KYSTES HYDATIQUES  
MUSCULAIRES

---

*Président : M. LE DENTU, professeur.*

*Juges : MM. { BERGER, professeur.  
QUÉNU et ALBARRAN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.*



---

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

---

1899

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                |                |
|----------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Doyen.</b>                                                  | M. BROUARDEL   |
| <b>Professeurs</b>                                             | MM.            |
| Anatomie.                                                      | FARABEUF.      |
| Physiologie.                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.                                             | GARIEL.        |
| Chimie organique et chimie minérale.                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.                                       | DEBOVE.        |
| Anatomie pathologique.                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Matière médicale et pharmacologie.                             | TERRIER.       |
| Thérapeutique.                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.                                                       | LANDOUZY.      |
| Médecine légale.                                               | PROUST.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.                          | LABOULBENE.    |
|                                                                | CHANTEMESSE.   |
|                                                                | POTAIN.        |
| Clinique médicale.                                             | JACCOUD.       |
|                                                                | HAYEM.         |
|                                                                | DIEULAFOY.     |
| Maladie des enfants.                                           | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.               | FOURNIER.      |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. | JOFFROY.       |
| Clinique des maladies du système nerveux.                      | RAYMOND.       |
|                                                                | DUPLAY.        |
| Clinique chirurgicale.                                         | LE DENTU.      |
|                                                                | TILLAUX.       |
|                                                                | BERGER.        |
| Clinique ophthalmologique.                                     | PANAS.         |
| Clinique des maladies des voies urinaires.                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchements.                                      | PINARD.        |
|                                                                | BUDIN.         |

## Agrévés en exercice.

|               |              |           |           |
|---------------|--------------|-----------|-----------|
| MM.           | DESGREZ      | LEJARS    | THIROLOIX |
| ACHARD        | DUPRE        | LEPAGE    | THOINOT   |
| ALBARRAN      | FAURE        | MARFAN    | VAQUEZ    |
| ANDRE         | GAUCHER      | MAUCLAIRE | VARNIER   |
| BONNAIRE      | GILLES DE LA | MENEIRIER | WALLICH   |
| BROCA (Aug.)  | TOURETTE     | MERY      | WALTHER   |
| BROCA (André) | HARTMANN     | ROGER     | WIDAL     |
| CHARRIN       | LANGLOIS     | SEBILEAU  | WURTZ     |
| CHASSEVANT    | LAUNOIS      | TEISSIER  |           |
| PIERRE DELBET | LEGUEU       | THIERRY   |           |

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien des hôpitaux.  
Membre de l'Académie de médecine.  
Officier de la Légion d'honneur.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DES  
**KYSTES HYDATIQUES MUSCULAIRES**

---

INTRODUCTION

Durant notre dernière année d'études médicales, nous avons suivi avec autant d'assiduité que possible le service de Monsieur le Professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker. Maintes fois nous avons observé dans ce service d'une activité vraiment exceptionnelle des cas extrêmement rares dont chacun eût pu servir de sujet à une thèse intéressante et originale. Nous n'avions donc que l'embarras du choix. Les kystes hydatiques des muscles volontaires ont finalement attiré notre attention, car nous avons eu l'occasion d'en observer deux cas très curieux. Le premier était un kyste hydatique suppuré du biceps ; le second était un kyste hydatique non suppuré du grand pectoral. Nous avons recueilli soigneusement ces deux observations, et après avoir pris connaissance des diffé-

rents travaux importants publiés jusqu'à ce jour sur les kystes hydatiques des muscles volontaires, nous nous sommes décidés à choisir ce sujet pour notre thèse. Sans doute nous n'avons pas la prétention de refaire ici complètement le travail si remarquable du docteur Marguet; nous espérons du moins pouvoir le compléter utilement grâce à l'analyse de travaux plus récents, grâce aussi aux nouvelles observations que nous avons pu recueillir à la fin de notre thèse et qui constituent à peu près toutes celles qui ont été publiées depuis les 130 réunies par le Docteur Marguet.

## HISTORIQUE

Les kystes hydatiques en tant que tumeurs, sont connus depuis les temps les plus reculés ; mais ils étaient alors confondus avec d'autres productions kystiques et leur nature parasitaire était inconnue.

Au commencement de ce siècle, Laënnec (1), en étudiant les hydatides, trouva une certaine analogie entre les grandes vésicules et les petites que Rudolph avait décrites en 1801, sous le nom de cysticerques. Il considéra les grandes vésicules comme des animaux sans tête et c'est pourquoi il leur donna le nom d'acéphalocystes.

Bremser de Vienne (2) et Liwis (3) les premiers, firent connaître la parenté des vésicules décrites par Laennec avec l'échinocoque. Mais ces vésicules furent longtemps ignorées en France, et c'est pourquoi jusqu'à ces der-

1. Laennec. *Mémoire sur les vers vésiculaires et particulièrement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain*, Paris, 1805.

2. Bremser. *Notice sur l'échinococcus hominis Journal complémentaire*. Paris, 1821.

3. Liwis. — *Recherches sur les ecchinocoques de l'homme*. Th. Paris 1843.

nières années, cysticerques et échinocoques furent encore confondus par certains auteurs.

Le premier travail d'ensemble sur les kystes hydatiques musculaires en France, fut fait par Monsieur Fernet (1). Un peu plus tard en 1869, Vrillard (2) faisait sa thèse sur le sujet qui nous occupe.

Depuis, il nous faut citer les thèses de Brassart (3) et de Martinet (4) sur les kystes hydatiques externes; celle de Bomel Rivière (5) et enfin celle du Dr Marguet (6) qui fit une étude très approfondie et très complète portant sur 130 observations qu'il put recueillir tant en France qu'à l'étranger.

Plus récemment Behrendsen (7), Rosenthal (8) et Muller (9) ont repris à l'étranger cette question. En France Villard (10) et Bertelé (11) se sont attachés particulièrement dans leurs thèses, à l'étude des kystes hydatiques musculaires de certaines régions.

1. Fernet. — *Rapport à la Soc. anat.* 1865.

2. Vrillard. — *Thèse* Paris, 1869.

3. Brassart. Th. Paris, 1877.

4. Martinet. Th. Paris, 1880.

5. Bomel Rivière. Th. Paris, 1881.

6. Marguet. Th. Paris, 1888.

7. Behrendsen. *Über die Verbreitung des Echinococcus immens-chlichen Organismus Inaug. Dissert. Berlin*, 1888.

8. Rosenthal. *Inaug. Dissert Berlin*, 1888.

9. Martin Muller, *Inaug. Dissert Haller*, 1893.

10. Villard. Th. Paris, 1891.

11. Bertelé. Th. Lyon, 1897.

## ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

A ce sujet nous étudierons successivement :

α) La cause déterminante, c'est-à-dire le *tœnia echinococcus*.

β) La voie suivie par l'embryon hexacanthé mis en liberté après la dissolution de la coque de l'œuf.

γ) Les causes occasionnelles, c'est-à-dire à l'occasion desquelles cet embryon hexacanthé va s'enkyster dans les muscles.

δ) Enfin les causes prédisposantes.

*Cause déterminante.* — Le *tœnia echinococcus* bien étudié par Van Siebold est la plus petite espèce de cestodes connues. Il est remarquable par l'exiguité de ses dimensions, car il mesure dans sa plus grande longueur 4 millimètres au plus. Il se compose de 4 à 5 segments y compris la tête.

L'extrémité céphalique large de 0,3 millimètres seulement est cylindro-conique et un peu étirée en arrière pour former un cou très court. Elle est terminée par un rostre pointu bordé à sa base d'une double couronne de crochets remarquables par la puissance de leur garde complètement développée chez l'animal adulte alors qu'elle

n'était qu'ébauchée chez l'échinocoque. D'après Leuckart ces crochets sont au nombre de 14 à 25 par rangée et leur longueur est pour les grands de 40 à 50  $\mu$ , pour les petits de 3 à 8  $\mu$ . En arrière de la couronne de crochets, au pourtour de la partie saillante de la tête, proéminent 4 ventouses de nature musculaire, larges de 0 m/m 13.

Le cou se continue sans ligne de démarcation bien nette avec le premier article de la chaîne rubanée qui représente le corps du strobile.

Celui-ci ne comprend en général que 3 segments, dont le premier sensiblement aussi long que large ne présente rien de particulier. Le second dont la longueur est double du précédent, montre déjà les organes spéciaux de l'état sexué hermaphrodite. Mais seul le troisième article présente tous les attributs de la maternité, car il contient des œufs au nombre de 500 environ, dont la coque dure et épaisse abrite l'embryon hexacanthé. Ce dernier segment seul est caduque, et au moment où il se sépare du strobile dont il fait partie, ont peu déjà voir se dessiner au voisinage du cou les premiers linéaments d'un nouvel article qui pousse par un véritable bourgeonnement du scolex.

L'anneau mûr mesure à lui seul plus de la moitié de la longueur totale du ver entier. Détaché il continue à croître et nage dans les liquides intestinaux jusqu'au moment où il est évacué par les fèces.

Grâce à ses crochets et à ses ventouses le tœnia se fixe solidement à la muqueuse de l'intestin grêle du chien qu'il n'abandonne pas; aussi ne découvre-t-on dans les déjections canines que des anneaux mûrs (proglottis) qui

se reconnaissent à leur coloration rosée ou blanc laiteux.

D'après MM. Chauveau et R. Blanchard, le *tœnia echinocoque* est rare chez le chien, mais en revanche quand il existe, il peut s'y trouver par centaines et par milliers ; et dans ce cas il détermine une entérite aiguë caractérisée par une diarrhée très abondante qui joue un grand rôle dans la dissémination des œufs.

*Voie suivie par l'embryon hexacanthé.* — Les œufs du *tœnia* sont habituellement ingérés par l'homme avec des légumes souillés par les déjections d'un chien infecté. Une fois arrivés dans l'estomac ils ne tardent pas à être débarrassés de leurs coques, grâce à l'action du suc gastrique, comme l'a démontré Leuckart en expérimentant sur le lapin.

L'embryon hexacanthé ovoïde gélatineux de 20 à 25  $\mu$  de longueur, muni à l'une de ses extrémités de plusieurs paires de crochets, est ainsi mis en liberté ; grâce à ses crochets il perfore la muqueuse stomacale, il peut aussi perforer les autres organes de l'estomac et pénétrer ainsi dans le péritoine où il peut s'enkyster ; mais ce n'est pas là sa migration normale. Habituellement, dès qu'il a traversé la muqueuse stomacale, il pénètre dans l'une des branches veineuses du réseau d'origine de la veine porte et suit le torrent circulatoire.

Le premier organe qu'il rencontre sur son passage est le foie, et c'est ce qui explique la fréquence des kystes hydatiques de cet organe. L'obstacle hépatique franchi, il arrive par la veine cave inférieure dans le cœur droit qui

le lance aussitôt par l'intermédiaire de l'artère pulmonaire dans le poumon ; celui-ci après le foie constitue l'organe le plus prédisposé logiquement aux kystes hydatiques. Si l'embryon hexacanthé ne s'arrête pas dans les réseaux capillaires des alvéoles pulmonaires, il s'en va par les veines pulmonaires dans le cœur gauche d'où il est lancé aussitôt dans la circulation artérielle générale de l'aorte.

C'est par l'intermédiaire de cette circulation que l'embryon hexacanthé arrive finalement dans les muscles où il s'enkyste. Mais il ne pénètre pas indifféremment dans tous les muscles, il choisit surtout ceux dont la circulation est la plus active. Nous verrons tout à l'heure, à propos de l'anatomie pathologique, quels sont ses muscles préférés.

*Causes occasionnelles.* — Nous n'insisterons pas ici sur les affections antérieures des muscles comme causes capables de déterminer l'enkystement de l'embryon hexacanthé dans les muscles malades, car ces causes qui semblent exister d'après quelques observations sont assurément très rares. En revanche nous allons étudier avec quelques détails le traumatisme qui constitue la cause occasionnelle principale. L'influence des violences extérieures a été depuis longtemps soupçonnée dans l'étiologie des kystes hydatiques. Avant que le tœnia ne soit découvert, Follin disait déjà : « La cause n'étant pas connue on l'a attribué dans quelques cas à des violences extérieures, et quelque étrange que paraisse cette doctrine, il faut avouer qu'il y a dans certaines circonstances un rapport frappant entre une violence extérieure et le développement de la maladie. » Cruveilhier voulait même

que le traumatisme créât de toutes pièces la tumeur hydatique.

Enfin Verneuil au congrès de Paris de 1867 soutenait une opinion analogue lorsqu'il disait que le traumatisme « battait le rappel de la diathèse. »

Le professeur Kleucke de Brunswick, un des premiers, publia une série d'expériences par lesquelles il essaya de démontrer que les violences extérieures arrivent fort bien à déterminer la localisation de l'hydatide.

Il avait injecté dans la vessie de plusieurs animaux différents de l'eau salée, chargée de vésicules hydatiques très petites. Ces animaux avaient reçu après l'injection différents traumatismes, et trois semaines environ après les traumatismes, les animaux inoculés, sacrifiés, présentaient au niveau des régions contusionnées des vésicules bien caractérisées. Mais ces expériences ne peuvent pas donner tous les résultats que l'on serait en droit d'en attendre; car elles manquent de vigueur et de précision. Il eût fallu en effet que le professeur Kleucke agisse non pas sur des vésicules toutes formées, mais bien sur l'embryon hexacanthé lui-même; et de plus qu'au lieu de l'introduire artificiellement dans le courant sanguin, il le mît seulement en contact naturel avec l'organisme par la muqueuse gastrique.

Pour Marguet le traumatisme agit par vaso-constriction suivie de vaso-dilatation. Le resserrement des capillaires produirait l'arrêt de l'embryon, leur dilatation produirait le ralentissement du sang et la stagnation du parasite, conditions suffisantes pour que celui-ci puisse se fixer

aux parois par ses crochets. Mais la vaso-contriction est bien courte et bien insuffisante pour arrêter au passage un animal aussi petit que l'embryon hexacanthe. D'autre part la vaso-dilatation ne produit pas d'arrêt de la circulation, mais ralentit singulièrement la vitesse du sang et en tout cas augmente beaucoup le volume du flux sanguin dans lequel se trouve emporté l'embryon.

Bertelé dans sa thèse, croit que le traumatisme ne devient un facteur étiologique notable que dans le cas où il produit la rupture des petits vaisseaux, dans le cas où il se forme un hématome par conséquent. « Dès lors le fait s'expliquerait aisément : on aurait d'abord une solution de continuité du courant sanguin, et en ce point même une cavité plus ou moins considérable contenant des tissus lacérés, des débris cellulaires mélangés à un épanchement sanguin et séreux. Le parasite à la recherche d'un gîte serait arrêté dans ce magma, et trouverait des matériaux en voie de régression tout prêts à le nourrir » (1). Cette hypothèse est peut-être plus rationnelle que celle de M. Marguet ; elle est en tous cas loin d'être applicable sans réserves.

*Causes prédisposantes.* — L'âge n'a pas une importance bien grande comme facteur étiologique ; cependant il est à remarquer que les kystes hydatiques musculaires sont particulièrement fréquents au moment où l'activité humaine est la plus grande, c'est-à-dire de 20 à 40 ns.

L'homme est plus fréquemment atteint que la femme

1. Bertelé. Th. de Lyon, 1897.

ce qui s'explique aisément par ce fait que les travaux de l'homme sont en général beaucoup plus rudes.

Les classes sociales qui sont le plus fréquemment atteintes sont également celles où la vie est la plus active ; aussi les kystes hydatiques musculaires seront-ils particulièrement fréquents chez les ouvriers, les domestiques et les habitants de la campagne.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*Siège.* — Les kystes hydatiques des muscles volontaires ont été rencontrés dans toutes les régions superficielles du corps, excepté aux pieds et aux mains. Mais ils se présentent avec un degré de fréquence très variable suivant les régions. C'est ainsi que les 130 cas de kystes hydatiques musculaires rassemblés par Marguet, dans sa thèse se répartissent de la façon suivante.

|                  |   |                                   |                               |
|------------------|---|-----------------------------------|-------------------------------|
| Tête             | } | muscle temporal. . . . .          | 5                             |
|                  |   | — masséter . . . . .              | 1                             |
| Cou              |   | sterno-mastoidien. . . . .        | 3                             |
| Tronc            | } | muscles pectoraux. . . . .        | 8                             |
|                  |   | — intercostaux . . . . .          | 2                             |
|                  |   | — diaphragme . . . . .            | 1                             |
|                  |   | — de la paroi abdominale. . . . . | 5                             |
|                  |   | — trapèze. . . . .                | 7                             |
|                  |   | — scapulaires . . . . .           | 3                             |
|                  |   | — grand dorsal . . . . .          | 1                             |
|                  |   | — grand dentelé. . . . .          | 2                             |
|                  |   | — dorsaux . . . . .               | 7                             |
|                  |   | — lombaires. . . . .              | 14                            |
| Membre supérieur | } | bras                              | — deltoïde . . . . .          |
|                  |   |                                   | — biceps . . . . .            |
|                  |   |                                   | — brachial antérieur. . . . . |
|                  |   |                                   | — triceps brachial. . . . .   |
|                  | } | avant-bras                        | — fléchisseurs . . . . .      |
|                  |   |                                   | — long supinateur. . . . .    |

|                  |        |   |                          |    |
|------------------|--------|---|--------------------------|----|
| Membre inférieur | bassin | — | psoas iliaque. . . . .   | 2  |
|                  |        | — | fessiers. . . . .        | 9  |
|                  | cuisse | — | couturier . . . . .      | 1  |
|                  |        | — | triceps crural . . . . . | 11 |
|                  |        | — | adducteurs . . . . .     | 18 |
|                  |        | — | biceps fémoral . . . . . | 3  |
|                  |        | — | non précisés . . . . .   | 6  |
|                  | jamb   | — | triceps . . . . .        | 1  |

Les kystes hydatiques affectionnent donc certains muscles avec une prédilection marquée, particulièrement les adducteurs (18); les lombaires (14); le triceps crural (11); les fessiers (9); le biceps brachial, les pectoraux (8); le trapèze, le deltoïde, les dorsaux (7); puis viennent le temporal et les muscles de la paroi abdominale (5).

*Volume.* — Le volume des kystes hydatiques musculaires est des plus variables; on en a trouvé qui étaient à peine visibles à l'œil nu et d'autres qui présentaient d'énormes dimensions. Marguet dans sa thèse publie l'observation d'un petit kyste hydatique musculaire de 3 à 4 millimètres d'épaisseur et à côté de lui s'en trouvait un autre du volume d'un pois; enfin avoisinant celui-ci s'en trouvait un troisième cliniquement appréciable et du volume d'une olive (1).

*Forme.* — Le kyste hydatique musculaire est à l'origine sphérique; mais il est rare qu'il conserve sa forme primitive. En s'accroissant, en effet, il rencontre des résistances plus ou moins faciles à rompre lesquelles suivant leur degré de résistance modifient ou non la forme du kyste. Aussi les kystes hydatiques musculaires

[ 1. Marguet. Th. Paris. 1887-88, obs. 83.

présentent-ils les formes les plus variées. Les kystes très volumineux qui se développent dans les longs segments des muscles sont souvent fusiformes, affectant ainsi une forme qui rappelle la disposition des gâines aponévrotiques des muscles de la région. D'autres kystes sont pyriformes ; d'autres encore sans prendre les formes réellement multiloculaires, envoient dans différents sens des diverticules, surtout au voisinage des os qu'ils contournent. Enfin dans certains cas, le kyste est multiloculaire. La paroi interne est alors souvent des plus accidentées. On y trouve des lames fibreuses qui répondent ordinairement aux dépressions externes et qui affectent les dispositions et les formes les plus variées : tantôt elles sont circiformes, tantôt circulaires, d'autres fois elles forment une sorte de diaphragme, enfin il en est qui se réduisent à de simples tractus larges et épais.

*Nombre.* — Les kystes hydatiques des muscles sont le plus souvent uniques ; cependant à côté des kystes uniques (multiloculaires et uniloculaires) il est possible de rencontrer dans les muscles plusieurs kystes indépendants ou multiples. Tantôt ces kystes sont très voisins les uns des autres et comme groupés ; tantôt ils occupent des points très éloignés dans le système musculaire.

*Structure du kyste hydatique.* — A ce sujet nous étudierons successivement : « le kyste adventice » qui fait partie du muscle infesté ; et le kyste proprement dit, c'est-à-dire « le vésicule hydatique » qui constitue la production parasitaire toute entière.

*Kyste adventice.*

La vésicule hydatique en se développant dans le muscle, l'irrite et détermine toujours, suivant Rindfleisch, la formation d'une capsule de tissu conjonctif autour d'elle. C'est là le kyste adventice déjà remarquablement étudié par Cruveilhier. Les parois de ce kyste sont très épaisses, elles mesurent en moyenne trois à quatre millimètres d'épaisseur et présentent en général une consistance assez ferme.

Leur surface externe est intimement unie aux fibres musculaires, et cela s'explique aisément si l'on songe que le kyste adventice n'est en somme qu'une prolifération du tissu conjonctif interstitiel des fibres musculaires devenu fibreux et épaissi, et que cette prolifération s'étend forcément jusque dans le muscle lui-même. On a beaucoup discuté autrefois au sujet des altérations des fibres musculaires qui dégénéraient suivant certains auteurs, et qui pour d'autres au contraire ne subiraient aucune atteinte. Aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que les faisceaux musculaires sont simplement refoulés par la tumeur et s'écartent librement sans se laisser envahir ; on les trouve donc étalés sur la surface externe du kyste, intacts quoique dissociés. Le tissu conjonctif interfasciculaire au contraire se modifie notablement. On trouve en effet dans ce tissu « des vaisseaux néoformés et beaucoup de cellules embryonnaires. En se rapprochant de la surface interne, on voit le résultat final de ce processus et de cette irritation chronique,

c'est-à-dire une coque fibreuse très compacte. C'est là le kyste adventice à un degré très avancé ; on peut même observer outre cette sclérose des points d'incrustation calcaire (1).

La surface interne du kyste adventice est habituellement lisse et unie, quelquefois cependant elle présente une certaine rugosité. En général elle se détache très facilement de la vésicule avec laquelle elle est en contact ; ce n'est que lorsque le kyste est en voie de régression qu'elle lui adhère fermement et l'adhérence est alors d'autant plus grande que la régression est plus avancée.

*Vésicule hydatique.* — La vésicule est habituellement sphérique ou ovoïde, du moins au début ; ce n'est que lorsque le kyste est déjà ancien et volumineux que sa forme, comme celle du kyste hydatique lui-même d'ailleurs, peut devenir irrégulière. Nous avons tout à l'heure suffisamment insisté sur ce point pour n'avoir plus à y revenir ; quoiqu'il en soit, la vésicule hydatique peut présenter trois variétés principales que nous allons étudier successivement, savoir :

Le kyste simple.

Le kyste proligère.

Le kyste dégénéré.

Le kyste simple n'est autre que l'acéphalocyste décrit autrefois par Laënnec, et est constitué simplement par une paroi plus ou moins régulièrement arrondie, contenant un liquide habituellement très limpide, le liquide hydatique.

La paroi anhiste est légèrement transparente et bleuâ-

1. Bertelé. Th. de Lyon, 1897, page 27.

tre. Elle est composée de lamelles homogènes superposées, d'autant plus nombreuses que la vésicule est plus vieille. L'épaisseur de ces lamelles augmente également avec l'âge ; toutefois on peut admettre avec Charles Robin qu'en moyenne elle ne dépasse pas 3  $\mu$ .

Leur consistance est molle, friable, et c'est ce qui explique pourquoi les lamelles externes distendues par les lamelles internes qui s'ajoutent constamment à la surface interne du kyste, finissent par gercer et donnent à la surface externe, suivant Marguet, une apparence « craquelée ».

Ces lamelles, surtout les lamelles internes, se séparent avec la plus grande facilité les unes des autres.

On a beaucoup discuté sur leur nature : suivant certains auteurs, en particulier Frerichs, les lamelles de la vésicule hydatique seraient de nature albuminoïde ; suivant d'autres, ces lamelles seraient de nature chitineuse ; enfin suivant Lücke elles contiendraient en proportion notable de la glycose. On le voit, c'est là un problème qui n'est pas encore complètement résolu.

Une autre question bien plus importante et aussi plus intéressante à traiter est celle de l'endosmose des parois vésiculaires. Pour démontrer leurs propriétés endosmotiques vis-à-vis des substances minérales, Cruveilhier avait recours à une expérience très simple. Il plongeait une vésicule pendant un certain temps dans un liquide très coloré, dans de l'encre par exemple ; et il constatait alors que le liquide de la vésicule ne tardait pas à prendre la coloration du liquide ambiant. D'ailleurs, d'autres auteurs, en particulier Friteau, avaient déjà publié des observa-

tions dans lesquelles les matières colorantes du sang avaient traversé la paroi des vésicules.

Mais les substances minérales solubles ne sont pas les seules qui puissent traverser les parois de la vésicule hydatique ; les produits solubles d'origine microbienne, comme l'ont démontré MM. Chauffard et Widal (1) dialysent aussi parfaitement. Cependant « la membrane hydatique même pour les vésicules à paroi mince et pellucidé constitue pour les microbes un filtre naturel parfait ; une barrière qu'ils ne peuvent franchir ». Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point à propos des complications infectieuses des kystes hydatiques.

Le liquide hydatique suivant l'expression classique est habituellement clair comme de l'eau de roche. Sa densité, faible, varierait suivant les auteurs de 1.009 (Freichs) à 1.015 (Recklinghausen) ; et les résidus solides laissés par l'évaporation, ne dépasseraient jamais 2 p. 100. Habituellement neutre, le liquide hydatique contient toujours du chlorure de sodium, en quantité relativement notable ; accessoirement il renferme du glucose, de l'inosite (Wyss) ; de l'acide succinique ou du succinate de soude (Heintz) et de la cholestérine. L'examen microscopique permet de constater souvent l'existence de quelques globules blancs et aussi de quelques globules rouges.

Les propriétés toxiques du liquide hydatique bien démontrées aujourd'hui semblent être de même ordre que

1. Chauffard et Widal. *Pathogénie de la suppuration dans les kystes hydatiques*, Soc. Méd. Hôp. avril 1894.

celles de l'ascaride lombricoïde, et ont été bien étudiées par le Professeur Gauthier. Cet auteur en injectant sous la peau d'un cobaye 10 cent. cubes de liquide hydatique, a vu l'animal mourir en 3 minutes. D'ailleurs dans son travail sur « l'intoxication hydatique », M. Achard relate une curieuse autopsie de kystes hydatiques multiples, à la suite de laquelle le chef de clinique, l'aide et le garçon furent tous trois atteints d'accidents assez sérieux accompagnés d'urticaire, pour avoir manipulé des pièces provenant de cette autopsie (1).

M. Viron (2) et à sa suite MM. Boisset et Chazoulière (3) ont successivement extrait du liquide hydatique une ptomaïne extrêmement active.

Cette ptomaïne existe-t-elle constamment ou accidentellement dans le liquide hydatique ? La question est encore très controversée, mais la majorité des auteurs tend aujourd'hui à la résoudre dans le premier sens.

Nous venons d'étudier le liquide hydatique dans les vésicules vivantes, il nous faut l'étudier maintenant dans les vésicules mortes. Dans ce cas, le liquide n'a plus la transparence de l'eau de roche ; il revient, au contraire, opalescent ; et cette opalescence augmente par la chaleur ou l'acide nitrique. Cet aspect nouveau du liquide hydatique s'explique aisément par la présence dans ce liquide d'un nouvel élément : l'albumine qui faisait défaut dans la vésicule vivante.

1. Achard. *Intoxication hydatique*, mai 1894.

2. *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1892.

3. *Marseille médical*, décembre 1892.

On croyait autrefois que la présence de l'albumine indiquait une réaction inflammatoire, premier stade d'une suppuration future. Aujourd'hui, au contraire, on considère que la présence de l'albumine indique le premier stade de la régression des kystes, après la mort des hydatides, à la condition toutefois que la suppuration n'intervienne pas.

Comment expliquer maintenant cette présence de l'albumine dans les vésicules mortes ? Suivant Gubler les hydatides vivantes absorberaient l'albumine contenue dans le kyste ; en mourant elle perdrait cette propriété et l'albumine apparaîtrait. Une autre hypothèse non moins soutenable que la précédente, émise par certains auteurs lyonnais, est la suivante : l'albumine des vésicules mortes proviendrait justement des ptomaïnes albuminoïdes contenues dans les hydatides vivantes, mais qu'un processus chimique a transformées après la mort de celle-ci en albumine facilement décelable.

Le kyste proligère plus complexe que le précédent, est surtout caractérisé par ce fait que non seulement il pourra s'accroître mais encore qu'il pourra reproduire d'autres kystes hydatiques et même d'autres tœnias échinocoques, si ses éléments se trouvent dans des conditions convenables.

Nous retrouvons ici encore le kyste adventice et les parois lamelleuses et feuilletées du kyste simple, mais nous avons en plus la membrane germinale (Giraldés), ou fertile (Robin), décrite pour la première fois par Grodski. « Elle consiste en un stroma fibrillaire infiltré de granulations élémentaires à la face interne duquel appa-

raissent à une certaine époque, suivant Nawyr, un nombre variable de cils vibratils isolés ou disposés par groupes de dix à quinze. Elle renferme également de petits corpuscules calcaires composés de carbonate de chaux réfractant fortement la lumière et qui offrent généralement une forme lenticulaire ; parfois on en trouve plusieurs accolés, ce qui leur donne un aspect moniliforme. Ces petits grains calcaires ne se rencontrent qu'à une époque où la vésicule hydatique a atteint la grosseur d'une avellane... Cette membrane germinale, située à la face interne du kyste forme de petits utricules appendus à sa face interne contenant eux-mêmes des scolex d'échinocoques ; pouvant même former de nouveaux utricules. Ces utricules de la membrane germinale sont les vésicules secondaires ou vésicules filles. Dans leur intérieur se trouvent les vésicules petites filles. Chacune d'elles peut aussi donner naissance à des scolex. Uniquement constituées par une sphère creuse, rattachées d'abord à la membrane germinale par un pédicule, et remplies de liquide hydatique elles croissent, se développent, et finissent par devenir libres dans la cavité kystique (1) ».

Les vésicules filles sont quelquefois très-nombreuses ; on peut en trouver des centaines et même des milliers. Quand leur nombre est aussi considérable on les trouve généralement aplaties, pressées les unes contre les autres comme des « harengs empilés » suivant l'expression de Cruveilhier, et dans ce cas on trouve peu ou pas de liquide. D'autres fois au contraire, il n'y a qu'une ou deux hy-

1. Marguet, Th. Paris, 1888.

datides et le liquide est alors très-abondant. Le microscope permet de rencontrer souvent facilement dans ce liquide l'existence de crochets caractéristiques plus ou moins abondants.

Le « kyste dégénéré » est le résultat de la régression des deux formes précédentes. Cette régression est particulièrement bien décrite par Bertelé qui a eu l'occasion de constater dans une observation personnelle le début de la dégénérescence d'un kyste. « Tout d'abord ce sont des globules blancs qui commencent l'attaque ; apportés par les nombreux vaisseaux du kyste adventice, ils s'introduisent dans la paroi propre de la production paracentaire, rompent les membranes feuilletées qui par leur élasticité reviennent en partie sur elles-mêmes. On ne voit plus alors au microscope de stratification nette dans tous les points de la circonférence. En certains endroits, elle a complètement disparu ; en d'autres on retrouve des vestiges de lamelles représentées par des lignes régulièrement pointillées. On voit partout des globules blancs surtout à la périphérie ; ils s'insinuent dans les membranes de plus en plus rares à mesure qu'ils s'avancent, mais on en trouve même dans le kyste hydatique (1) ».

Ce liquide jusqu'alors clair devient opalescent par suite de la présence de l'albumine ; il s'épaissit par suite de la résorption de l'eau ; des phosphates et du carbonate de chaux se déposent ; des matières grasses se forment et finalement on a une sorte de matière butyreuse analogue à de la matière sébacée et contenue dans une poche fibreuse rétractée.

1. Bertelé, Th. Paris.

## SYMPTOMES

Le début des kystes hydatiques musculaires passe généralement inaperçu, et c'est par hasard qu'un beau jour le malade s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans une région quelconque de son corps. Exceptionnellement certains symptômes attirent quelquefois l'attention du malade avant l'apparition de la tumeur, mais ces symptômes sont alors peu marqués et nullement caractéristiques, ils consistent par exemple en une sensation de simple gêne ou de pesanteur ; très rarement en une réelle douleur due probablement alors à une compression nerveuse.

Quelquefois le kyste hydatique musculaire paraît se développer brusquement à la suite d'un traumatisme. Mais cette rapidité du début n'est le plus souvent qu'apparente. Le traumatisme en effet a déterminé d'emblée un hémato-me dans lequel un embryon hécacanthc s'est installé et va évoluer consécutivement. L'épanchement sanguin se résorbe mais le kyste hydatique se développe, et comme la clinique ne permet pas de surprendre la transition entre la tumeur qui disparaît et celle qui apparaît, il s'en suit que cette dernière semble avoir débuté brusquement.

À la période d'état, c'est-à-dire lorsque la tumeur kystique a fait son apparition, il convient d'étudier successivement deux ordres de symptômes :

1<sup>o</sup> Des symptômes subjectifs.

2<sup>o</sup> Des symptômes objectifs.

*Symptômes subjectifs.* — Les symptômes subjectifs, c'est-à-dire les symptômes éprouvés par le malade, consistent essentiellement en des phénomènes douloureux, locaux.

Ces phénomènes douloureux présentent de nombreuses modalités cliniques : tantôt il s'agit d'une simple gêne, d'une sensation de pesanteur au niveau du kyste, et cette gêne, cette pesanteur presque nulles lorsque le malade est au repos deviennent au contraire très nettes lorsque le malade se fatigue.

Tantôt le kyste indolent habituellement, devient douloureux sous l'influence de certains mouvements. Les kystes du masséter par exemple deviennent le siège de douleurs très vives au moment de la mastication. Les kystes du grand pectoral et du biceps deviennent douloureux à l'occasion de travaux manuels pénibles, chez les terrassiers par exemple, et ne tardent pas à empêcher les patients de travailler. De même les kystes de la masse sacro-lombaire deviennent le siège de douleurs très vives chez les ouvriers obligés de travailler, de se baisser et de se relever continuellement.

Quelquefois d'ailleurs, les phénomènes douloureux sont presque spontanés ou du moins ils apparaissent sous l'influence d'une cause si légère qu'elle passe inaperçue.

Il suffit par exemple, du frottement de la ceinture, ou

même du simple contact des vêtements pour déterminer des souffrances intolérables.

L'état général du sujet joue d'ailleurs un très grand rôle dans la pathogénie de la douleur. Tel individu, par exemple, sera porteur d'un kyste hydatique musculaire volumineux et cependant ne s'en trouvera nullement incommodé; tel autre au contraire ne présentera qu'une très petite tumeur kystique et s'en plaindra vivement. C'est que dans le premier cas l'individu robuste ne présentait aucune autre tare, tandis que dans le second, il présentait outre l'existence de sa petite tumeur kystique, une susceptibilité nerveuse spéciale.

*Symptômes objectifs.* — Le volume du kyste hydatique musculaire s'accroît lentement mais très irrégulièrement.

Un coup, un traumatisme quelconque peuvent surexciter sa vitalité et amener un développement subit.

La grossesse a une influence certaine que Finsen avait déjà remarquée et que Rosenthal remarque dans une de ses observations. La croissance est surtout rapide à la fin de la grossesse et après l'accouchement.

A un moment quelconque de son évolution, la tumeur peut rester longtemps stationnaire, puis sous l'influence d'une cause indéterminée ou de l'une des suivantes : fatigue, effort, traumatisme, ménopause augmente tout à coup rapidement.

Un caractère tout particulier des kystes hydatiques musculaires, bien étudié par Guttman et Martin Müller (1), consiste dans les alternatives de croissance et de

1. Briançon. Th. Paris, 1829.

décroissance « Ruckweise Wachstum ». Ce phénomène qui serait caractéristique est malheureusement loin d'être toujours cliniquement appréciable ; il serait dû, suivant les auteurs allemands, à la variation des propriétés osmotiques de la membrane hydatique.

La consistance est habituellement dure par suite de la « surdistension de la poche » suivant Lannelongue. Quelquefois elle est élastique, quelquefois elle est lipomateuse, quelquefois même elle est molle. Mais la consistance dure est là règle et nous verrons tout à l'heure que cette consistance est l'un des éléments importants du diagnostic.

Le « frémissement hydatique » est rare ; sous ce nom on désigne la sensation particulière de vibration qu'éprouve la main de l'explorateur quand il percute le kyste hydatique. Elle est exceptionnelle et c'est bien dommage, car c'est le seul signe pathognomonique du kyste hydatique.

Comment doit-on le rechercher ? Briançon qui insista le premier sur sa valeur clinique, s'exprime ainsi : « Lorsqu'on applique la main sur un kyste hydatique contenant des acéphalocytes de manière à l'embrasser le plus complètement possible, en exerçant une pression légère et qu'avec la main opposée on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps en vibration.

C'est le frémissement hydatique. Si l'on réunit l'auscultation à la percussion, on entend des vibrations plus ou moins graves semblables à celle que produit une corde de basse (1).

1. Briançon, th. Paris, 1829.

Davaine (1) indique un procédé un peu différent pour provoquer ce frémissement : « Appliquez, dit-il, avec une certaine pression sur la partie la plus saillante de la tumeur, trois doigts écartés, et donnez sur celui du milieu un coup sec et rapide, les deux autres doigts perçoivent le frémissement d'une manière très nette. Ce frémissement a beaucoup d'analogie avec celui que donne un siège élastique qu'on frappe de la main ».

Dans un cas rapporté par Villard dans sa thèse (Obs. XIX), la percussion donna au doigt percuteur, la sensation d'une série de vibrations, rapidement adoucies et de très courte durée, rappelant celles que produit la vibration d'un siège à ressorts. Le malade aurait lui-même la sensation de cette trémulation.

Dans un cas de Nélaton (2), ce fut également la percussion qui révéla le frémissement hydatique.

La « trépidation amidonnée » bien décrite par M. Reclus est aussi assez rare. On l'attribue en général au passage des vésicules à travers le détroit d'un kyste en bissac. Les auteurs lyonnais admettent plutôt qu'elle n'existe que dans les kystes bourrés d'hydatides, et qu'elle est due alors au froissement des parois de ces vésicules, les unes contre les autres.

La « Fluctuation » est très fréquente. Elle est facile à percevoir lorsque le kyste est superficiel et volumineux ; mais sa recherche devient délicate, souvent même impossible, lorsque le kyste siège dans la profondeur des tissus et qu'il est petit, ou encore lorsque ses parois ont subi

1. Davaine : *Des entozoaires*.

2. Desprès. Th. agrégation 1866. page 120.

la dégénérescence calcaire cartilagineuse ou osseuse. Ajoutons qu'il faut aussi avoir soin de ne rechercher la fluctation que pendant le relâchement musculaire ; car si les muscles sont contractés, la tumeur kystique devient évidemment dure et résistante.

## COMPLICATIONS

Les complications des kystes hydatiques des muscles peuvent être réparties en 3 groupes :

1° Les complications mécaniques.

2° Les complications infectieuses.

3° Les complications toxiques.

*Complications mécaniques.* — Les complications sont évidemment très variables suivant la région occupée par le kyste ; d'une façon générale cependant celui-ci peut comprimer les vaisseaux et les nerfs,

La compression des veines détermine de l'œdème plus ou moins marqué de la région dont les veines comprimées reçoivent le sang. La compression des artères n'a pas seulement l'inconvénient de ralentir l'afflux du sang artériel et de gêner ainsi la nutrition des tissus, on l'a en effet vue déterminer quelquefois des altérations graves des parois artérielles et même des anévrysmes.

La compression des nerfs donne lieu à des névralgies très variables suivant les cas. Tantôt ce sont de simples névralgies passagères, tantôt au contraire ce sont des névralgies rebelles ; et dans quelques cas exceptionnels

on a même signalé des névrites véritables et des paralysies persistantes.

Ajoutons que par suite de leur accroissement des kystes primitivement intra-musculaires peuvent écarter les fibres striées, devenir périnusculaires, et même s'ils reposent sur un plan osseux tel que le temporal par exemple, occasionner la névrose. Dans certains cas on a même vu des kystes hydatiques développés à l'intérieur du muscle temporal, perforer les os du crâne et comprimer alors le cerveau (1).

*Complications infectieuses.* — La pathogénie de la suppuration des kystes hydatiques est aujourd'hui bien connue grâce aux remarquables travaux de MM. Chauffard et Vidal.

Pour ces auteurs, le liquide transparent, clair comme de l'eau de roche, des kystes hydatiques est rigoureusement aseptique ; mais il constitue pour les microbes un excellent milieu de culture. Toutefois la membrane hydatique saine n'est pas perméable aux microbes, et il faut que cette membrane soit altérée pour que la suppuration des kystes devienne possible : « La suppuration disent MM. Chauffard et Vidal ne peut envahir la poche kystique que si les parois de celle-ci n'ont été au préalable fissurées ou altérées par une péri-kystite suppurative. Pas de germes microbiens dans une poche kystique intacte. Si l'on voulait schématiser la série d'états bactériologiques possibles pour l'hydatide, on pourrait donc les grouper sous 3 chefs :

1. Bertelé, th. Lyon 97. Obs. IV.

1° Etat vivant et aseptique de l'hydatide (liquide eau de roche).

2° Névrose aseptique spontanée (mort naturelle de l'hydatide et transformations régressives).

3° Névrose aseptique avec ses deux phases d'infection extra-kystique et d'infection intra-kystique.

Une cause fréquente de suppuration est (1) la ponction explorative, surtout quand la ponction n'est pas faite avec une asepsie parfaite.

*Complications toxiques.* — L'urticaire dans les kystes hydatiques est connu depuis longtemps, mais c'est Finsen qui le premier en Islande en étudia la pathogénie. Suivant cet auteur, le simple contact des séreuses avec le contenu d'un kyste hydatique suffirait pour déterminer l'urticaire. Aujourd'hui cette hypothèse n'est plus guère admise ; et la plupart des auteurs pensent avec M. Bouchard que l'urticaire est presque toujours, sinon toujours d'ordre toxique.

L'urticaire dans les kystes hydatiques musculaires ne s'observe d'ailleurs presque jamais spontanément.

Quand il existe c'est habituellement le résultat d'une ponction exploratrice. Cette ponction laisse s'écouler dans les tissus un peu de liquide hydatique, et c'est ce liquide absorbé qui grâce à ses toxines détermine l'urticaire.

Dans certains cas d'ailleurs, les accidents toxiques observés ont été assez graves, les malades atteints de

1. Chauffard et Vidal. Société médicale des hôp. de Paris, 26 nov. 1886.

kystes hydatiques ont eu par exemple une dyspnée intense avec expectoration muqueuse ; de la toux et des sueurs abondantes. Le professeur Debové eut même chez une de ces malades à laquelle il fit une ponction exploratrice un collapsus assez grave.

## DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Une tumeur qui siège dans les muscles, régulière, à évolution plus ou moins lente, dure, est presque toujours un kyste hydatique » disait Denonvilliers. « Le précepte de Denonvilliers est bon, disait Trélat, j'en ai souvent vérifié l'exactitude, je le complète cependant et je dis : quand on est en présence d'une tumeur des muscles de caractère incertain, lorsque cette tumeur est dure et ronde, il faut penser à un kyste hydatique. J'insiste sur le renseignement fourni par la dureté de la tumeur, le kyste hydatique ordinairement susdistendu par le liquide contenu n'est pas fluctuant, il est dur comme une tumeur solide ».

Le premier point à élucider est le siège de la tumeur dans le muscle, et ce premier point n'est pas toujours facile à déterminer ; car les kystes hydatiques musculaires (et c'est là un de leurs caractères importants) ont tendance à s'énuccléer.

Cependant les tumeurs kystiques intra-musculaires, en général, présentent certains caractères importants qu'il faut connaître, et qui varient suivant qu'il s'agit d'un muscle long ou d'un muscle plat.

Quand le muscle est long, pendant le relâchement

musculaire, les kystes sont plus ou moins flasques ; mobiles dans le sens latéral, mais immobiles suivant l'axe du muscle. Pendant la contraction musculaire, les tumeurs sont dures et immobiles dans tous les sens.

Quand le muscle est plat, c'est à l'état de relâchement, les kystes sont très flasques et mobiles dans tous les sens, la contraction musculaire survient, les kystes deviennent complètement immobiles et acquièrent une dureté de pierre. Le diagnostic du siège étant fait, il s'agit maintenant de différencier le kyste d'avec les différentes autres tumeurs ou pseudo-tumeurs musculaires.

Les pseudo-tumeurs sont au nombre de deux principales ;

La hernie musculaire

La rupture musculaire.

La hernie musculaire se reconnaîtra facilement grâce à la disparition de la tumeur au moment du relâchement.

Il en est de même de la rupture musculaire dans laquelle on constate en outre une solution de continuité du muscle rompu.

Parmi les tumeurs musculaires proprement dites les angiomes et les lipomes sont rares. Les premiers présentent souvent une irrégularité spéciale et les seconds lobulés et pseudo-fluctuants ont habituellement une mollesse spéciale.

Les fibromes sont généralement très durs, et cette dureté ne diminue pas à l'état de relâchement du muscle.

Les sarcomes et les carcinomes musculaires sont le plus souvent secondaires, et dès lors leur diagnostic est généralement facile.

Restent les hématomes, les abcès, les gommes et les

kystes non hydatiques ; qui après les kystes hydatiques constituent les tumeurs les plus fréquentes des muscles.

Les hématomes ont habituellement une origine franchement traumatique et de plus au bout d'un certain temps ils ne tardent généralement pas à régresser.

Les abcès musculaires sont généralement très douloureux ; d'ailleurs ils succèdent toujours, ou bien à un hématome ou bien à une myosite infectieuse consécutive, le plus souvent elle-même à une fièvre typhoïde. Toutefois dans le cas de suppuration du kyste hydatique, le diagnostic différentiel ne devient évidemment possible que grâce à la ponction et à la recherche des crochets.

Les gommages musculaires s'accompagnent ordinairement de myosite scléreuse avec induration ligneuse et bosselures.

Enfin les kystes musculaires non hydatiques, c'est-à-dire les kystes séreux congénitaux ; les kystes dermoïdes et les kystes hématiques sont très rares. Toutefois malgré la recherche des symptômes objectifs, des kystes hydatiques, leur diagnostic différentiel est habituellement impossible avant l'intervention ou sans la ponction.

Il nous reste pour terminer cette étude du diagnostic des kystes hydatiques musculaires à parler de la ponction. On a beaucoup discuté sur l'utilité de celle-ci. Pour nous, nous pensons que, sans exposer à des accidents sérieux, elle peut cependant avoir deux inconvénients nuisibles au malade : la suppuration ou l'intoxication hydatique. Aussi avec le Professeur Pouat, de Lyon, ne l'accepterons-nous que comme dernière ressource, et suivant cet auteur, comme une phase préparative.

Le pronostic des kystes hydatiques musculaires est évidemment bénin et nous n'insisterons pas. Cependant dans sa thèse, Bertelé, de Lyon, a signalé des complications oculaires graves ayant compromis la vision à la suite de kyste hydatique de l'orbite.

## TRAITEMENT

*Traitement prophylactique.* — Nous n'insisterons pas sur le traitement prophylactique qui aura surtout pour but d'éloigner les matières excrémentielles des chiens et de leur fermer les voies d'accès dans l'organisme humain. L'hygiène sous toutes ses formes est à ce sujet la meilleure barrière à opposer au tænia échinocoque.

*Traitement curatif.* — Nous ne signalerons que pour mémoire les différents médicaments tour à tour employés, tels que le chlorure de sodium, la teinture de Kamala, et l'iodure de potassium.

Nous n'insisterons pas davantage sur les sétons, les canules à demeure, l'ouverture par le canquoï et les caustiques.

Trois procédés chirurgicaux sont aujourd'hui en présence.

La ponction suivie d'injection antiseptique.

L'incision simple.

— L'énucléation totale.

La ponction suivie d'injection antiseptique a été préconisée pour la première fois par Mesnard, qui se servait

d'une solution de sublimé à 1 pour 1000. Plus tard le professeur Debove a conseillé le sulfate de cuivre à 5 0/0 Jules Renoy, les solutions naphtolées, Berthelé l'éther iodoformé, etc.

Quoi qu'il en soit cette méthode n'est plus guère employée aujourd'hui que dans un très petit nombre de cas et quand les hydatides sont morts, c'est-à-dire quand le liquide retiré est louche.

L'incision avec un bon drainage constitue déjà un procédé plus radical, néanmoins elle a le grave inconvénient d'exposer elle-même à des rétentions septiques et en tout cas d'obliger à attendre la lente élimination des hydatides.

Le traitement de choix pour les kystes hydatiques des muscles c'est donc l'énucléation totale. On devra autant que possible décortiquer la tumeur sans l'ouvrir, et dans le cas où l'on aura été obligé de l'ouvrir, il faudra avoir soin d'enlever soigneusement toute la paroi du kyste. On suturera ensuite les lèvres de la plaie et on laissera un petit drain à demeure pour éviter la production d'un hématome.

Dans le cas de kyste suppuré on agira comme si l'on se trouvait en présence d'un phlegmon ordinaire, c'est-à-dire qu'on fera une large incision pour assurer l'évacuation complète du pus.

OBSERVATION I (personnelle).

Le nommé Joseph P... âgé de 27 ans, terrassier, entre le 13 septembre 1898 dans le service du professeur Le Dentu à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 28. En travaillant il a fait une chute dans un fossé et s'est, dit-il, foulé le pied gauche. C'est surtout pour cette raison qu'il entre à l'hôpital. Néanmoins il ajoute qu'il a dans l'aisselle gauche une tumeur grosse comme le poing qui s'accroît rapidement et dont il voudrait bien qu'on le débarrasse.

*Antécédents héréditaires.* — Père âgé de 55 ans, bien portant.

Mère morte à 40 ans en toussant.

Il a deux frères et une sœur.

Ses deux frères se portent bien, mais sa sœur paraît-il est souvent malade.

Il n'est pas marié.

*Antécédents personnels.* — Rien de particulier à signaler dans son enfance ; si ce n'est vers l'âge de 8 ans une fièvre qui aurait duré 3 semaines et dont le malade ne se rappelle pas le nom.

A 15 ans, fracture de la jambe gauche.

A 22 ans, notre malade alors soldat au Tonkin contracte les fièvres, il est rapatrié.

A 23 ans, chaude-pisse qui dure paraît-il, six mois et qui se complique d'une orchite doublée.

A 24 ans 1/2 au sortir du régiment, bronchite qui dure un mois.

A 25 ans, deuxième bronchite.

Enfin, il y a six mois, le malade a eu un chancre induré sur le prépuce, au-dessus du frein. Il est alors allé à la consultation de l'hôpital Ricord où on lui a prescrit le traitement spécifique. On n'aurait pas à son dire constaté de roséole. C'est à ce moment qu'il commença à sentir dans l'aisselle gauche une tumeur d'abord grosse comme une noisette mais qui augmente rapidement de volume jusqu'à son entrée à l'hôpital.

*Etat actuel.* — Nous n'insisterons pas ici sur l'entorse du pied gauche dont se plaignait surtout le patient, et qui, légère d'ailleurs, ne présentait aucun intérêt. En revanche nous décrirons avec autant de précision que possible la tumeur qui siégeait au niveau de l'aisselle gauche, et qui d'emblée attira notre attention.

Cette tumeur occupait exactement la paroi antérieure de l'aisselle à sa partie interne, et faisait saillie en bas sous le bord inférieur du grand pectoral.

Elle avait la forme d'un ovoïde à surface lisse, à grand axe vertical et à grosse extrémité inférieure.

Ses dimensions mesuraient environ dans le sens vertical, c'est-à-dire suivant le plus grand diamètre 12 à 14 centimètres, et dans le sens antéro-postérieur 6 à 8 centimètres seulement.

La peau de l'aisselle à ce niveau ne présentait absolument rien d'anormal, elle était très mobile sur la tumeur. Celle-ci en revanche était peu mobile sur les plans profonds, et lorsqu'on engageait le malade à rapprocher le bras gauche du tronc pour faire contracter ainsi le muscle grand pectoral, on constatait que la tumeur adhérait intimement à ce muscle. Lorsque ce dernier se relâchait, la fluctuation était évidente, lorsqu'il se contractait au contraire, la grosseur devenait dure et rénitente. Celle-ci était d'ailleurs absolument indolente; tout au plus

donnait-elle lieu, quand le malade travaillait, à un peu de gêne de mouvements.

L'exploration attentive du creux de l'aisselle révélait l'existence de nombreux ganglions petits, durs, nettement isolés les uns des autres et situés les uns sur les trajets des vaisseaux axillaires, les autres sur la paroi interne de l'aisselle.

Même disposition ganglionnaire sans l'aisselle droite, ainsi qu'au niveau des triangles de Scarpre.

*Appareil respiratoire.* — Le malade tousse un peu chaque matin; il prétend avoir plusieurs fois craché des petits filets de sang. Le sommet gauche est douloureux en avant, tandis que le sommet droit est au contraire très sensible à la moindre pression en arrière.

La percussion révèle une élévation de tonalité très nette, d'une part en avant et à gauche, d'autre part en arrière et à droite.

A l'auscultation, on constate que la respiration est particulièrement rude en arrière et à droite, en revanche on n'entend aucun bruit anormal.

*Appareil circulatoire.* — Rien de particulier.

*Appareil digestif.* — Le malade a peu d'appétit; il digère mal, il a des pituites tous les matins en se levant.

Le foie est volumineux: il déborde de trois travers de doigt le rebord costal droit.

*Appareil génito-urinaire.* — En pressant sur l'urèthre au niveau de la fosse naviculaire, on arrive à faire sourdre encore une petite goutte de pus jaunâtre.

Le testicule droit est petit; le testicule gauche est au contraire notablement augmenté de volume et l'épididyme de ce côté est très induré.

*Système nerveux. — Organe des sens.* — Le malade a de l'hyperesthésie à la pression au niveau des régions mammaires et iliaques. Il dort mal ; il a des cauchemars terrifiants. Il se réveille ensursaut et en sueurs. Bref il présente presque au complet les symptômes de l'alcoolisme chronique. C'est d'ailleurs un buveur de vin et d'absinthe.

Après un examen rigoureux du malade, M. Morestin, chef de service en l'absence de M. le professeur Le Denta, hésite entre deux diagnostics, savoir : d'une part, celui de kyste du grand pectoral ; d'autre part celui de ganglion tuberculeux ramolli, adhérent à la paroi antérieure de l'aisselle.

L'opération décidée est pratiquée le 17 septembre par M. Hivet interne du service.

Le malade étant éthérisé on fait exactement sur la tumeur une incision verticale de 14 à 15 centimètres. La peau et le tissu cellulaire étant incisés, on tombe sur un mince feuillet aponévrotique, puis sur une couche de fibres musculaires de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, qui recouvre la tumeur.

Celle-ci siège donc bien dans l'épaisseur du Grand Pectoral. Elle présente un aspect lisse blanchâtre. Son énucléation est extrêmement facile.

La plaie est ensuite drainée, suturée et pansée antiseptiquement.

Suites opératoires parfaites. Le malade sort au bout de 15 jours, guéri à la fois de son entorse et de sa plaie axillaire.

*Examen de la pièce.* — A l'ouverture de celle-ci il s'écoule un liquide clair comme de l'eau de roche, et quelques hydatides de dimensions très variables. Les parois du kyste étaient constituées par trois enveloppes : l'une externe, blanchâtre, parcourue par quelques fibres musculaires très adhérentes ; une

autre moyenne, amorphe, presque transparente ; et une troisième enfin, membrane germinale à laquelle adhéraient pédiculés ou sessilés quelques hydatides. Ces trois membranes se séparaient facilement les unes des autres. L'examen histologique inutile n'a pas été fait.

OBSERVATION II (personnelle).

*Kyste hydatique suppuré du triceps brachial.*

Eugène D... âgé de 35 ans, autrefois cocher, marchand de vin depuis 2 ans ; entre à l'hôpital Necker à la fin de mars 1898, dans le service du professeur Le Dentu, salle Malgaigne, lit n. 12.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort fou à 50 ans.

Mère morte de pneumonie à 40 ans.

Six frères tous très bien portants ; le plus âgé a 42 ans le moins âgé 33 ans.

Une sœur très bien portante.

Le malade est marié, sa femme très bien portante, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches.

*Antécédents personnels.* — Pas de maladie dans l'enfance.

A 14 ans, fracture de la jambe droite.

A 15 ans, fluxion de poitrine.

Le malade a été exempté du service militaire, l'un de ses frères étant sous les drapeaux au moment de sa majorité.

A 26 ans morsure profonde de cheval au niveau du bras droit.

Au mois d'octobre 1896, plaie profonde de la paume de la main droite, déterminé par des morceaux de verre, le tendon

fléchisseur du médius fut sectionné, mais la plaie fut de suite pansée antiseptiquement et il n'y eut pas de suite.

Le malade prétend n'avoir jamais eu la blennorrhagie ni la syphilis, mais avoue des habitudes de boisson.

Il a beaucoup aimé et caressé les chiens.

Au mois de juillet 1897, le malade s'aperçut qu'il avait une enflure au niveau de la partie postérieure moyenne du bras droit. Cette enflure d'abord dure comme du bois, suivant l'expression du malade, et grosse seulement comme une noix, ne tarda pas à se ramollir en même temps qu'elle augmentait rapidement de volume; au bout de 2 mois elle était déjà paraît-il grosse comme le poing et dès lors elle cessa de s'accroître.

Jusqu'au mois de mars 1898, la tumeur fut indolente et le malade ne s'en préoccupa pas davantage, malgré des éruptions fréquentes d'urticaire, mais à ce moment elle devint assez brusquement douloureuse, et c'est pourquoi le patient se décida à entrer à l'hôpital Necker, à la fin de mars 1898.

*Examen à l'entrée.* — A l'inspection on constate à la face postérieure du bras droit et vers la partie moyenne une tumeur ovoïde, régulière et à grand diamètre vertical : ses dimensions sont environ de 12 à 14 centimètres. Si l'on considère le diamètre transversal, la peau à son niveau paraît saine : peut-être cependant est-elle légèrement rosée.

Les veines sous-cutanées paraissent un peu dilatées. Il n'y a pas de battement. L'extension de l'avant-bras sur le bras détermine une assez vive douleur, au niveau de la tumeur qui devient alors moins saillante par suite de la contraction du triceps.

Au palper, on constate que la peau est mobile sur la tumeur qui est très douloureuse à la pression et dont les limites ne

sont pas très nettes. Il semble exister une fluctuation, à la partie moyenne de la tumeur, mais cette fluctuation n'est pas très nette, et on ne peut l'affirmer.

Pas d'adénite axillaire.

Il n'y a nulle part ailleurs trace de tumeur.

Rien à signaler du côté de l'état général du malade, si ce n'est des symptômes d'éthylisme chronique assez marqués :

Pituites matutinales, anorexie, rêves terrifiants, réveil en sursaut et en sueurs ; hyperesthésie des régions mammaires et iliaques, augmentation de volume du foie.

Devant les symptômes précédents ; les trois diagnostics suivants sont nécessairement posés par des personnes compétentes.

Ostéosarcome de l'humérus.

Kyste hydatique suppuré du triceps.

Abcès à évolution lente, consécutif à la plaie ancienne de la paume de la main.

Quoi qu'il en-soit, on décide d'intervenir.

*Opération* : M. Morestin, chef de Clinique.

Le malade étant éthérisé, on fait sur la partie médiane de la tumeur une incision verticale de 14 à 15 centimètres qui met d'emblée à découvert la face postérieure du trieps. Celui-ci est alors incisé, et il s'écoule aussitôt un grand verre de pus verdâtre qui contenait quelques hydátides très nettes.

Il s'agissait donc d'un kyste hydatique suppuré situé dans l'épaisseur du triceps.

La plaie fut drainée et pansée antiseptiquement et au bout de trois semaines le malade était complètement guéri.

Nous avons revu ce dernier au commencement de décembre, il ne présentait rien de particulier à signaler au point de vue

du sujet qui nous occupe ici ; mais il nous a paru constater chez lui les premiers symptômes de la paralysie générale.

OBSERVATION III (1).

*Kyste hydatique suppuré du grand pectoral.*

Marie T... âgée de 19 ans se présente le 9 novembre 1896 à la consultation de la Charité, se plaignant d'une grosseur dans le sein droit. Vers l'âge de 12 ans, en tombant dans une cave elle se contusionna le sein, puis quelques mois après apparut au-dessus du mamelon une « petite bosse » dure, ronde, absolument indolore de la grosseur d'une noisette. Cette petite tumeur depuis lors n'avait pas changé. Mais la veille au soir, en se déshabillant, la malade constate qu'elle a considérablement augmenté. Effrayée d'un tel progrès elle vient nous prier de la lui enlever.

En effet nous voyons à six centimètres environ au-dessus du mamelon une tumeur lisse, arrondie, fluctuante, mais cependant assez tendue, du volume d'une mandarine absolument indolore à la palpation, ne gênant en rien les mouvements du bras, et de plus mobile sous la peau, mais adhérente aux plans profonds.

Sans tenir compte des commémoratifs nous songeons à un adénome kystique du sein.

Mais le lendemain, après nouvel examen et vu les adhérences

1. Thiéry, *Bull. soc. Anatom.* 1896, p. 764.

au plan profond, nous rejetons notre diagnostic; et après avoir éliminé l'hypothèse d'un sarcome du grand pectoral, et celle d'une gomme ramollie de ce muscle; nous nous arrêtons au diagnostic d'abcès froid d'origine thoracique, étant donné le faciès pâle de la malade qui nous dit avoir eu deux bronchites l'hiver dernier.

La malade étant sous le chloroforme, après incision des téguments et de l'aponévrose du grand pectoral, nous voyons que la tumeur est située dans l'épaisseur même du muscle et nous cherchons à l'enucléer. Aucun pédicule ne les relie à la cage thoracique. Notre diagnostic est donc erroné.

Mais au cours des manœuvres d'enucléation la poche se rompt, livrant issue à du pus crémeux et à une vésicule hydatique opaline brillante. Nous avons donc affaire à un kyste hydatique suppuré du grand pectoral.

La poche enlevée, la plaie lavée au chlorure de zinc est suturée.

L'examen histologique de la poche et du pus n'a rien révélé de particulier; le pus ne renfermait que des globules de pus ordinaires et des cellules graisseuses en abondance; mais il n'y avait pas trace d'échinocoques. Il est regrettable que la vésicule ait été jetée au cours de l'opération.

#### OBSERVATION IV (1).

X..., âgé de 40 ans, maraîcher, vient montrer à la consultation de l'hôpital Broussais son bras droit où depuis plus de trois ans, il a constaté la présence d'une tumeur qui grossit

1. Morestin, *Bull. Soc. Anat.*, 1897, p. 123.

lentement sans déterminer ni gêne, ni douleur. Cette tumeur du volume d'un œuf ne présente aucune connexion avec la peau qui quoique soulevée par le relief de la tumeur est souple normale et mobile à sa surface. Elle n'adhère pas non plus au squelette. Située dans l'épaisseur des parties molles antérieures du bras, elle se laisse mobiliser transversalement quand les muscles sont au repos. Elle suit les mouvements du biceps dans la flexion et l'extension de l'avant-bras ; et quand on empêche l'avant-bras d'exécuter ces mouvements, elle est absolument immobilisée par la contraction du biceps. La palpation permet d'ailleurs de localiser exactement le siège de cette tumeur dans l'épaisseur du corps charnu du biceps. Sa forme est ovoïde et sa surface paraît lisse. Elle est parfaitement fluctuante.

Rien à noter ailleurs si ce n'est que le malade a fréquemment des éruptions d'urticaires.

La longue durée de la maladie, la lenteur de son développement sans altération de l'état général, écartaient l'idée d'une tumeur maligne.

Un abcès froid intra-musculaire chez cet homme robuste, sans aucun soupçon de tuberculose était peu probable. Cette hypothèse était encore moins soutenable si l'on songeait à l'évolution par trop lente de la maladie. On aurait pu songer peut être à une gomme ramollie. Mais cet homme assurait n'avoir pas eu la syphilis et n'en présentait, d'ailleurs, aucun symptôme.

Le malade ayant parlé d'une douleur assez vive sentie brusquement il y a quelques années, un jour qu'il soulevait un lourd fardeau, on pouvait se demander s'il ne s'était pas rompu partiellement son muscle. Mais le volume et la consistance de

la tumeur ne se modifiaient pas dans les mouvements. Ceux-ci avaient conservé toute leur force. On ne sentait pas d'interruption sur le trajet du muscle ; mais au contraire on percevait avec une grande netteté une fluctuation bien franche dans une tumeur parfaitement circonscrite.

Notre diagnostic de kyste hydatique du biceps n'était donc pas trop difficile à établir. Une incision de quelques centimètres permit de faire très aisément sous la cocaïne l'extirpation du kyste ; et au bout de quelques jours le malade était complètement guéri.

#### OBSERVATION V (1).

##### *Kyste hydatique des muscles fessiers droits. Extirpation totale. Guérison.*

Mme Marguerite M..., âgée de 77 ans se présente le 7 mai 1895 à la consultation chirurgicale de l'hôpital Bichat, service de mon maître le professeur Terrier.

Elle m'est adressée comme étant atteinte à la fesse droite d'un abcès par congestion.

Pour l'examiner je la fais coucher sur le ventre, les membres inférieurs dans l'extension et symétriquement placés par rapport à l'axe du corps. Cette position fait voir que la fesse droite est plus saillante, plus rebondie que la fesse gauche, qu'elle est en somme le siège d'une tumeur. Cette tumeur est située exactement entre l'épine iliaque supérieure et posté-

1. M. Péraire, *Bulletin Soc. Anat.* 1895, p. 435.

rieure et la tubérosité de l'ischion, à droite de la région limitant inférieurement le grand fessier. Son volume est celui de deux poings d'adulte.

La forme est arrondie. Pas d'irrégularités, pas de bosselures à sa surface ni dans sa profondeur.

Elle est tendue, rénitente à sa base ; mais à son sommet, le doigt sent une légère mollesse ; et on peut affirmer qu'elle est sensiblement fluctuante en ce point.

On ne sent à la palpation aucun frémissement particulier ; aucune crépitation amidonnée.

La tumeur joint à l'indolence une irréductibilité absolue et les efforts d'expulsion sont sans influence sur elle.

La peau qui la protège est marbrée de plaques rougeâtres. Il n'y a pas d'œdème des tissus qui la recouvrent et des tissus circonvoisins.

Interrogée sur le début de cette affection, la malade ne peut rien préciser. Tout ce qu'on peut apprendre d'elle, c'est qu'il y a un mois, elle s'est aperçue qu'elle était gênée pour s'asseoir, et cela à cause de sa fesse droite qui lui paraissait plus lourde, plus pesante que la fesse gauche. En même temps elle y ressentait quelques douleurs vagues.

Depuis huit jours ces douleurs se sont accrues surtout par la marche, et elle a noté quelques élancements. La gêne qu'elle ressent actuellement consiste surtout dans une difficulté assez marquée dans les mouvements de la marche et aussi pour s'asseoir.

Elle n'a jamais consulté de médecin, n'a fait aucune espèce d'application sur sa tumeur, elle n'a jamais été ponctionnée.

Au reste Mme M., malgré son âge avancé me paraît avoir un excellent état général. Son appétit est bon, ses digestions se font

bien. Elle n'accuse d'autres maladies qu'un ictère qu'elle aurait eu il y a trois ans et qui aurait duré trois semaines.

Née en Lorraine, elle habite depuis 55 ans à Paris. Mariée elle a trois enfants en parfaite santé.

Rien de particulier à signaler au point de vue des antécédents héréditaires. Elle n'a jamais souffert ni dans la colonne vertébrale, ni dans le bassin, elle ne boite pas à l'état normal, et ce qui lui fait traîner un peu la jambe droite en ce moment c'est le développement excessif qu'a pris depuis un mois la tumeur de la fesse.

Une exploration minutieuse de la colonne vertébrale, du bassin, de la région sacro-iliaque de l'articulation coxo-fémorale et du grand trochanter ne décèle aucun point douloureux dans ces parties du squelette.

Interrogée sur sa promiscuité possible avec des chiens, elle répond négativement à notre demande.

Elle n'a jamais eu d'urticaire, jamais de traumatisme sur la région fessière.

Après avoir fait un nettoyage complet de la région à opérer et m'être entouré de toutes les précautions aseptiques habituelles, je fais pratiquer l'anesthésie locale de la surface cutanée au moyen du chlorure d'éthyle, et aidé de M. Boricand externe du service, je fais une incision longue de six centimètres parallèle à la direction des fibres du muscle fessier.

L'incision faite, il sort une grande quantité de liquide opalescent très fluide. Ce liquide s'écoule si rapidement sur les compresses et le lit d'opération qu'il est impossible d'en recueillir, il se trouve mêlé au sang résultant de l'incision cutanée.

Les lèvres de l'incision sont alors saisies avec des pinces de

Kocher et confiées à un aide pendant que je pratique un curetage soigné de la cavité kystique.

La curette s'enfonce dans toute la profondeur de la plaie et ramène des séries de membranes d'un blanc jaunâtre. Les membranes que je présente ici sont les unes friables ; les autres très résistantes. Elles offrent celles-ci une épaisseur de 1 à 2 millimètres ; celles là une épaisseur d'un demi-centimètre. D'autres sont d'une minceur telle qu'on dirait une séreuse. Une longue pince à forcipressure permet de débarrasser toute la cavité de toutes les membranes qu'elle contient, et ramène une poche très épaisse, très résistante qui paraît être le kyste principal.

Les fibres musculaires des fessiers adhèrent à la paroi adventice du kyste et s'insèrent en quelque sorte sur lui.

Il est facile de voir qu'une zone péri-kystique de tissu musculaire sclérosé et induré reste seule, et que celle-ci s'étend trop profondément pour que je me crois autorisé à en pratiquer l'ablation complète. Je me contente d'en faire minutieusement le curetage au moyen d'une longue curette et je touche ensuite toutes les portions curettées au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile trempé dans une solution de chlorure de zinc à 1/10. Je place ensuite un gros drain plongeant dans toute la plaie, et pour qu'il soit bien maintenu en place je le suture au moyen d'un crin de Florence à une des lèvres de l'incision. Quelques points de suture diminuent la longueur de celles-ci. Comme pansement, compresses de lint bariqué, ouate hydrophile et bandage en T maintenant tout le pansement. La malade est reconduite à son domicile.

Le 9. — Elle revient à pied à l'hôpital. Je supprime le drain. Même pansement. Les compresses de lint sont à peine souillées par quelques gouttes de sérosité sanguine.

Le 11. — J'enlève toutes les sutures. La réunion de la plaie est parfaite. En appuyant sur la plaie, rien ne sort par l'orifice où était le drain. Même pansement.

La malade revue le 16 mai peut être considérée comme entièrement guérie. Par simple précaution, un pansement fait avec des compresses de lint boriqué et de l'ouate hydrophile est appliqué sur la cicatrice résultant de l'opération.

#### OBSERVATION VI (1)

##### *Kyste hydatique du triangle de Scarpa gauche développé dans la gaine du couturier.*

Le nommé Henri B..., âgé de 60 ans succombe à la maison départementale de Nanterre à la fin d'octobre 1895, d'une pneumonie.

A l'autopsie, on constate outre les lésions habituelles de la pneumonie, l'existence d'une tumeur oyoïde, grosse comme un œuf de poule, située dans le muscle couturier gauche, à sa partie supérieure au niveau du triangle de Scarpa.

Cette tumeur incisée laisse écouler un liquide clair comme de l'eau de roche et quelques vésicules filles.

Nous avons exploré soigneusement les différents organes ; mais nous n'avons trouvé dans aucun, d'autres kystes hydatiques.

1. Hament. *Bulletin de la Soc. Anat.*, 1895, p. 671.

OBSERVATION VII (1)

*Kyste hydatique du muscle grand oblique.*

La nommée M..., âgé de 27 ans, blanchisseuse, entre le 19 novembre 1888 à l'Hospice Saint-Antoine, dans le service de mon maître, M. Monod. Elle est couchée au n° 24 de la salle Lisfranc.

Elle a eu une grossesse il y a 10 ans environ. Il y a 5 ans, elle a commencé à tousser et sur les conseils d'un médecin s'est mise à manger de la viande crue. Il y a 4 ans, sans coups ni cause connue, elle a vu apparaître dans la région latérale gauche de l'abdomen une petite tumeur dure, indolore qui ne grossit pas et ne l'inquiéta pas jusqu'à ces cinq derniers mois; depuis cette époque au contraire, la tumeur a grossi dit-elle, et est devenue douloureuse pendant la marche et à la pression. En même temps la malade a recommencé à tousser et à maigrir.

Nous lui trouvons au-dessus et en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure une petite tumeur dure, ovale comme un petit œuf de poule dont elle a la grosseur, tumeur qui roule sous la peau et fait manifestement corps avec le muscle sous-jacent. Les recherches provoquent de petites douleurs qui s'irradient vers la région thoracique.

La malade présente quelques râles sous-crépitaux avec une

1. Vigneron. *Kyste hydatique du muscle grand oblique. Bulletin Soc. Anat.*, 1888. p. 936.

légère submatité au sommet droit ; elle se plaint de battements de cœur ; rien à l'auscultation.

Le diagnostic porté fut fibrome du grand oblique et le 22 novembre la malade fut endormie. L'opération n'a rien présenté de particulier ; après incision de la peau et des feuillets celluloux et fibreux on tombe sur le grand oblique dont les fibres superficielles semblent indemnes de toute tumeur. Sous ces fibres superficielles sectionnées, on trouve un kyste inclus dans l'épaisseur des muscles, kyste non énucléable et qu'on est forcé de disséquer. Trois sutures au catgut rapprochent les lèvres de la plaie musculaire. Réunion superficielle par 6 crins de Florence.

Suites opératoires parfaites.

*Examen du kyste.* — Le kyste incisé, on s'aperçoit qu'il est formé de deux poches qui ne communiquaient pas. Sa paroi est fibreuse, résistante, épaisse de 3 millimètres environ ; sa face interne est légèrement avéolaire. Très peu de liquide s'écoule à l'ouverture du kyste qui est rempli d'un très grand nombre de petites vésicules transparentes de volume très variable depuis une tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois. L'examen microscopique ne nous a pas fait découvrir de crochets. Dans la plus grande des deux poches on trouvait des cristaux de cholestérine.

OBSERVATION VIII (1).

*Kyste hydatique du triangle de Scarpa.*

Col..., Charles, âgé de 30 ans, entré à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc a été opéré le 4 décembre par M. Reclus, d'un kyste hydatique du triangle de Scarpa du côté droit. D'abord opéré en février 1887 par le même chirurgien à l'Hôtel-Dieu, ce malade a été l'objet d'une clinique dont nous relaterons les grands traits (2). Il possédait à cette époque dans le triangle de Scarpa droit une tumeur superficielle dont le début remontait à 1885, ressemblant à un sablier dont les ampoules sont égales ou à deux ganglions un peu allongés, placés bout à bout. Elle mesurait 6 centimètres suivant son diamètre vertical et 4 centimètres suivant son diamètre transversal. Elle était fluctuante, non pulsatile; non soufflante, non réductible, et donnait à la palpation une crépitation amidonnée en tout semblable à celles des kystes synoviaux à grains riziformes.

Plusieurs diagnostics furent posés : hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque, hydropisie d'un sac herniaire déshabité; adénite tuberculeuse suppurée. Ce dernier diagnostic fut fait par M. le professeur Guyon. La seringue de Pravaz ramena du pus; ce qui semblait confirmer ce diagnostic; mais à l'incision de l'abcès, il sortit au milieu d'un liquide purulent une membrane hydatique et des vésicules grosses comme des pois

1. J. Lafourcade. *Bulletin, Soc. anat.*, 9, p. 987.

2. Reclus. *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 529.

où des grains de chénevis, les unes transparentes, les autres pleines d'un liquide opaque et des débris d'échinocoques. On était donc en présence d'un kyste hydatique suppuré siégeant dans le tissu cellulaire ou dans un ganglion du pli de l'aîne.

M. Reclus put sur place étudier la structure de ce kyste. Il était entouré d'une enveloppe fibreuse, épaisse, résistante en certains points et ramollie en d'autres par un travail inflammatoire. Cette enveloppe était formée par une sorte d'organisation scléreuse du tissu au milieu duquel s'étaient fixés les échinocoques. En dedans de cette membrane adventice était la membrane propre du kyste formée de feuillets stratifiés dont le plus interne, membrane germinale, portait à sa face les échinocoques.

La membrane adventice fut en partie réséquée, en partie laissée en place et grattée avec la curette de Volkman. La plaie fut drainée et suturée. Une suppuration abondante entrava la guérison pendant un temps assez long et le malade ne sortit de l'hôpital que vers la fin de mars 1887, cinquante jours après son opération.

Pendant un an, le malade ne constata rien d'anormal. A ce moment se développa une petite tumeur au niveau de la cicatrice ancienne qui s'ouvrit elle-même en donnant issue à des caillots sanguins. Le malade ne put donner aucun renseignement précis.

Tout allait bien lorsqu'il y a un mois et demi ; apparaît dans la même région que précédemment un nouveau kyste se développant avec rapidité et pour lequel le malade entre à Tenon le 3 décembre.

Il existe dans le pli de l'aîne droit à quatre centimètres au-dessous de l'arcade crurale, en dehors de la cicatrice de la pre-

mière opération ; une tumeur allongée dans le sens vertical ; et mesurant 8 centimètres sur 4 environ. Elle est molle et fluctuante, mais « elle ne donne pas de sensation amidonnée ou neigeuse ». Elle siège immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux qui ne lui transmettent aucun battement.

M. Reclus pratique le 4 décembre une incision suivant le grand axe de la tumeur. Le fascia lata est incisé sur le bord interne

couturier. Ce muscle est réclivé en dehors et on tombe directement sur la couche adventice du kyste. Elle adhère très intimement aux parois musculaires du triangle de Scarpa. La dissection de l'artère fémorale est surtout délicate. Le kyste est fortement adhérent à la face interne de l'artère. Une fois détaché de ce vaisseau il est extrait avec facilité ; mais on ne peut préciser d'une façon absolue son point d'implantation.

Ce kyste hydatique a une forme ovoïde à grosse extrémité inférieure ; mesurant les diamètres déjà signalés. Il est bosselé par places. La paroi est très mince, et par transparence on peut voir des vésicules de la grosseur d'un pois, mobiles, dans un liquide fort peu louche.

Le diagnostic anatomique de kyste hydatique étant évident l'examen histologique est inutile et le kyste n'est pas ouvert pour pouvoir être conservé.

#### OBSERVATION IX (1).

V..., Jeanne, âgée de 35 ans, journalière, habitant à Montbrison, entre salle Sainte-Anne, le 8 novembre 1892.

1. Poncet. *Kyste hydatique du grand dentelé*. *Gaz. Hôpil.*, 20 décembre 1892.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Excellente santé antérieure. Abscès au sein droit il y a treize ans.

Cette femme entre à l'hôpital pour une grosseur qu'elle porte sur la partie latérale droite du thorax; et dont elle s'est aperçue depuis quatre ans et demi environ. Cette tumeur s'est développée spontanément sans cause apparente; sans que la région ait été le siège d'aucun traumatisme. L'évolution en a été lente, insidieuse mais constante.

Actuellement on trouve sur la ligne axillaire à peu près à la hauteur du sein, ou légèrement au-dessous une masse de la grosseur d'une tête de fœtus. A son niveau la peau a conservé son aspect normal et se déplace facilement à sa surface. Quoique profondément située, la tumeur n'est pas adhérente au squelette. Lisse, sans bosselures, elle donne la sensation d'une poche remplie de liquide et extrêmement tendue, ce qui rend la fluctuation difficile à percevoir. Celle-ci est pourtant assez nette pour qu'on puisse l'affirmer.

La tumeur est absolument indolente. Elle n'a jamais été le siège de douleurs spontanées, et à sa surface aussi bien que sur les parties avoisinantes, on ne trouve aucun point douloureux à la pression.

L'état général de la malade est resté excellent. Jamais elle n'a toussé ou présenté de manifestations pouvant faire penser à la tuberculose. Au contraire, c'est une femme bien musclée, grasse, de constitution robuste.

*Opération.* — Le 9 novembre M. Poncet procède à l'extirpation de la tumeur.

Après une incision transversale on peut apercevoir les fibres du grand dentelé disséminées à la surface. Un trocart enfoncé au point le plus saillant laisse échapper un liquide clair comme

de l'eau de roche. La poche est ensuite facilement isolée et énucléée, puis la plaie est refermée par quelques points de suture. Une mèche de gaze iodoformée est laissée à l'intérieur pour drainer.

Dix jours après la malade sort guérie.

La pièce examinée était constituée par une enveloppe fibreuse. A l'intérieur une couche épaisse blanchâtre tremblotante analogue à de l'albumine cuite et au milieu du liquide quelques fragments de membrane. L'examen microscopique fait reconnaître facilement l'existence de crochets.

#### OBSERVATION X (1).

##### *Kyste hydatique du muscle psoas iliaque.*

Mme M. de P... (Oise) âgée de 40 ans m'a fait appeler le 2 février 1888 ; et à ma première visite, je constate que la malade est atteinte d'une tumeur de l'hypochondre gauche, et que cette tumeur se prolonge en passant sous l'arcade de Fallope jusqu'à la partie interne de la cuisse. En comparant cette tumeur avec celle que j'avais observée en 1868 (2), je pensai que je pouvais bien avoir encore affaire à un kyste.

L'état général de ma malade était relativement bon, et, à part des douleurs lombaires assez vives, elle ne souffrait pas beaucoup. Bien réglée, ayant peu d'amaigrissement, elle ne

1. Cailleux. *Gazette des hôpitaux*, 8 décembre 1898.

2. Cailleux. *Gazette des hôpitaux*, 6 août 1868.

présentait pas le teint cachectique de la femme qui avait été le sujet de ma première observation ; cependant elle avait comme la première un teint bronzé qui avait quelque analogie avec le masque des femmes grosses. Elle se tenait assez difficilement dans la rectitude.

Je l'opérai le 10 février, et pratiquai mon incision en dedans de l'artère fémorale, laissant en dehors le muscle couturier, en dedans le premier adducteur et le droit interne ; je trouvai la poche kystique sur le plan musculaire profond dans la gaine du psoas, identiquement comme pour le premier cas observé, c'est-à-dire entre le triceps fémoral et les adducteurs. Je vidai la poche kystique et je constatai qu'elle contenait comme dans le premier cas, une grande quantité de liquides mêlés à des acéphalocystes de tous volumes (7 à 8 litres). Je passai mon doigt sous l'arcade crurale en suivant la gaine du psoas iliaque et je me trouvai dans la cavité kystique abdominale dont la paroi interne était rugueuse. Après avoir fait plusieurs lavages ; je fis une injection avec la solution suivante :

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| Eau distillée . . . .  | 200 grammes |
| Teinture d'iode. . . . | 40 —        |
| Iodure de potassium .  | 8 —         |

et j'introduisis une mèche volumineuse formant bouchon. La malade n'a présenté aucun symptôme de péritonite et après une suppuration d'environ un mois la guérison s'est opérée.

OBSERVATION XI

(*Tadénat. Montpellier médical 1892 § 1<sup>er</sup>*).

*Kyste hydatique des muscles de la masse commune.*

Au lit 14 de la salle Bausson est couché un malade, âgé de 18 ans (Albert M...) entré le 18 octobre 1891 pour un kyste hydatique développé dans les muscles de la masse commune, un peu au-dessous de la partie moyenne de la douzième côte.

Ce jeune homme est un terrassier robuste, fortement constitué et il n'a eu d'autre maladie qu'une gale, dont il a été soigné et guéri dans le service du D<sup>r</sup> Brousse, du 15 au 30 septembre dernier.

L'affection pour laquelle il est entré dans nos salles remonte à trois mois. A cette époque, un violent effort détermina une vive douleur dans la région lombaire gauche, où le malade constata une tumeur sensible à la moindre pression. Depuis lors, la tumeur, n'a pas notablement augmenté de volume ; au repos, la douleur y est sourde, mais les mouvements de flexion et d'extension du tronc la réveillent, assez vive pour obliger le malade à suspendre son travail.

Dans la position verticale ou quand le corps est incliné du côté gauche, on ne voit aucune saillie. Dans l'inclinaison latérale, on voit une tumeur mal dessinée, vaguement limitée, ayant à peu près les dimensions d'un œuf de poule, à grand axe dirigé verticalement.

L'exploration manuelle donne les résultats suivants : Dans la position verticale, la tumeur est difficile à bien délimiter, fuyant sous les doigts.

On en saisit mieux le relief et la forme quand le tronc s'incline du côté droit et quand les muscles de la masse commune gauche se contractent fortement.

Cette tumeur siège un peu au-dessous de la partie moyenne de la douzième côte. Elle est enfoncée dans les masses musculaires, dure et ne présente ni frémissement ni véritable fluctuation.

J'insiste sur ce point, à cause des opinions divergentes qui ont été émises pendant l'examen du malade.

Quand les muscles sont relâchés, il est facile de déplacer la tumeur dans le sens transversal, et ce déplacement permet le glissement de la tumeur entre les doigts explorateurs.

Mais cette sensation fait à peu près totalement défaut quand les muscles sont fixés en contraction ; elle disparaît entièrement quand les pressées exploratrices sont faites dans le sens vertical.

Or, c'est surtout alors que la sensation de fluctuation devrait être la plus nette, étant donnée la forme allongée de la tumeur si nous avons affaire à la fluctuation vraie, telle qu'elle existe dans une poche contenant un liquide.

Que pouvait être cette tumeur ? Son apparition manifestée par une vive douleur à l'occasion d'un effort devait faire penser à une rupture, à une hernie musculaire.

Mais la hernie est très rare dans les muscles de la masse commune, la douleur s'y éteint après quelques jours, la tumeur est plus molle et sujette, quand le muscle se contracte, à des va-

riations de forme, de siège, et de consistance qui n'existaient pas ici.

Un hématome intra-musculaire, une cicatrice du muscle rompu, auraient formé une plaque irrégulière, moins saillante moins bien limitée que la tumeur de notre malade

Avions-nous affaire à un abcès froid lié à une inflammation des vertèbres ou de la côte? Nous n'avions pas les symptômes même atténués du mal de Pott, la douzième côte paraissait saine. Autour de la tumeur, il n'existait aucun empâtement inflammatoire.

Le diagnostic s'arrêtait donc à tumeur solide (fibrôme, en chondrome) développée aux dépens des muscles ou de leurs fibres d'insertion ou au milieu d'une apophyse transverse lombaire.

Nous avons éliminé les tumeurs syphilitiques, le malade n'ayant jamais eu la syphilis, et n'avions guère pensé à un kyste hydatique des muscles.

Une ponction aspiratrice fut faite avec toutes les précautions aseptiques requises et ne donna que quelques gouttes de sang.

Le 20 novembre.— Le malade est anesthésié et, après une toilette antiseptique soignée, une incision de 6 cm. est faite verticalement sur la tumeur. Elle fut découverte à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, au milieu des fibres musculaires qui l'enveloppaient de toutes parts.

Une dissection minutieuse permit de l'extirper sans l'ouvrir ; des fibres musculaires s'attachaient à ses deux extrémités ; sur les côtés elles lui paraissaient simplement accolées. L'hémorrhagie fut légère. Six points de suture au catgut sublimé réunirent la plaie. Le malade était guéri par réunion immédiate, et après un seul pansement le 26 novembre.

Il quitta l'hôpital le 5 décembre, ne souffrant ni dans les mouvements du rachis, ni par la pression sur la cicatrice.

La tumeur avait la forme et les dimensions d'un gros cocon de ver à soie. Elle était blanche, terne, lisse, dure, rénitente. Par une piqûre d'épingle, un jet de liquide clair comme de l'eau de roche jaillit au loin. La poche est formée d'une membrane adventice, fibreuse, épaisse de 1 mm., sur laquelle s'implantent quelques fibres musculaires.

A sa face interne sont plaquées les lamelles concentriques stratifiées, anystes, la membrane mère portant quelques rares et menues vésicules filles.

#### OBSERVATION XII (1).

##### *Kyste hydatique du masséter.*

Antoinette R..., 33 ans, cultivatrice à Mornant (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Poncet pour deux tumeurs situées l'une à la joue droite, l'autre au bras droit.

Son père âgé de 70 ans a depuis 26 ou 27 ans un bouton ulcéré à la lèvre supérieure (?). Plusieurs personnes de sa famille ont été atteintes de vers intestinaux.

Elle est robuste et a une bonne santé générale quoiqu'elle tousse parfois l'hiver. N'a jamais eu d'hémoptysies. Régulièrement menstruée depuis l'âge de 10 ans; elle est restée céliba-

1. Bertelé. Th. de Lyon, 1897.

taire. Troubles gastriques depuis une douzaine d'années ayant débuté par des vomissements après chaque repas et de la constriction au creux épigastrique. Constipation habituelle, céphalées. Palpitations et enflure des jambes à l'âge de 21 ans, mais rien au cœur actuellement. Gravellurie depuis un an. N'a jamais rien eu du côté du foie. Très nerveuse elle nous semble très préoccupée d'elle-même et des moindres détails de sa santé. N'a jamais eu de traumatismes.

Elle a eu autrefois des chiens, mais depuis 3 ans aucun de ces animaux n'a pénétré chez elle.

La malade s'aperçut de la présence de ces tumeurs au mois de décembre 1895. Toutes les deux étaient à ce moment grosses comme une noisette ronde et bien limitée. Celle de la face était très mobile, celle du bras étant mieux fixée et moins bien perçue. Pendant quatorze jours, elle prit de l'iodure de potassium, mais elle cessa car elle remarqua une augmentation plus rapide du volume de ces tumeurs.

A l'entrée le 22 février, la tumeur de la face est grosse comme un petit œuf et se trouve exactement dans la région massété-rine antérieure indépendante de la peau et du squelette qui n'ont subi aucune altération. Elle est très dure et rénitente, on ne perçoit pas de fluctuations nettes, mais on a la sensation d'une tumeur très élastique, très encapsulée, facilement limitée, plus mobile d'avant en arrière que de haut en bas. La contraction du masséter augmente la fixité, mais celle-ci n'est pas complète. L'indolence a toujours été absolue. La deuxième tumeur est sur la face externe du bras droit, un peu au-dessous de l'empreinte deltoïdienne. Plus profondément située que la première, elle est moins bien accessible; ses caractères sem-

blent les mêmes, sauf qu'elle est plus diffuse et bien moins rénitente ; on ne peut pas rechercher les fluctuations.

La localisation intra-musculaire n'ayant pu être faite, le professeur Poncet pensa se trouver en présence d'un ganglion génien le long de la faciale et pour le bras d'une gomme tuberculeuse. Cependant il nous fit remarquer le bon état général de la malade et fit des réserves pour des kystes hydatiques « affection exceptionnelle que l'on ne doit jamais diagnostiquer sans preuves certaines ».

Le 26 février. — La malade est éthérisée et dès le premier coup de bistouri M. Poncet change son diagnostic. Dans les couches superficielles et externes du biceps une masse bleuâtre lisse se présente et par une ponction s'écoulent quelques grammes de liquide clair comme de l'eau de roche qui n'a pu être recueilli :

La cavité était grosse comme une noix et la capsule fibreuse adhérente aux fibres musculaires, très lisse à sa face interne avait environ un demi-millimètre d'épaisseur. On porta le diagnostic de kyste hydatique à cause de l'aspect du liquide quoiqu'on ne trouvât pas de liquide et la poche fut très soigneusement excisée. Il devait probablement en être de même à la joue ; parallèlement aux fibres du facial on fit pour faciliter l'opération une incision externe et dans les fibres superficielles du masséter très adhérente aux fibres tendineuses ; on trouva de même une poche qui par la ponction donna une bonne cuillerée de liquide un peu louche qui fut recueilli. La poche est assez épaisse, de 1 à 2 millimètres environ ; elle est extirpée après une dissection pénible et très laborieuse.

Les suites opératoires furent simples ; on eut au bras une réunion immédiate, mais à la face la difficulté de l'incision de

la poche fut cause d'un accident opératoire, une fistule consécutive du canal de Sténon.

Le liquide examiné immédiatement par M. Dor chef de laboratoire contenait beaucoup de chlorure de sodium ; un examen microscopique à l'état frais montra des globules blancs et quelques corpuscules ovoïdes trois ou quatre fois plus gros, de nature indéterminée. L'examen fut fait de nouveau le lendemain, mais ces corpuscules ne purent être retrouvés. La paroi offrait dans le champ du microscope une surface interne plissée délicatement et assez régulièrement.

Il n'y a aucun vestige de cellules plates pouvant faire croire à un épithélium ou à un endothélium. On peut distinguer dans l'épaisseur de la coupe 3 zones. La zone interne a une apparence striée, effacée en certains points par un semis de cellules rondes, surtout abondantes à la périphérie, mais qui pénètrent jusqu'à la partie la plus interne. Quelques endroits seulement montrent nettement des strates successifs ondulés, simplement, superposés les uns aux autres et sans aucune structure histologique. Ces strates ne représentent pas des fibres, mais des membranes anhistes juxtaposées ; on peut voir en effet parfois des lambeaux dissociés et repliés sur eux-mêmes, vus de face et présentant l'aspect d'un plan homogène. La zone moyenne fibreuse, semble assez dense mais peu épaisse. La zone externe, plus mal colorée que la 1<sup>re</sup> couche est nettement composée de faisceaux musculaires séparés par un tissu cellulo-fibreux épais et abondant ; les fibres ne sont pas dégénérées et ont leur aspect normal.

La présence de la statification dans la première couche, l'absence de leur endothélium, permettent d'affirmer la nature

hydatique de ce kyste, bien que l'on n'ait retrouvé aucun crochet d'échinocoque, ni dans la paroi ni dans le liquide.

OBSERVATION XIII (1).

*Kyste hydatique du temporal.*

Malade 29 ans, femme de ménage à Strasbourg, n'accuse aucune maladie antérieure. Elle était servante en 1888 lorsqu'elle remarqua en se baissant qu'elle avait la sensation de quelque chose qui se déplaçait dans sa tempe gauche, dès qu'elle se relevait tout cessait.

Ce n'est qu'après un an que la patiente remarqua à cet endroit une tumeur à propos de laquelle elle consulta occasionnellement un médecin. Celui-ci lui donna le conseil de ne pas s'en occuper tant qu'elle ne s'accroîtrait pas très rapidement. La croissance fut peu marquée, même après son mariage et même pendant le cours d'une grossesse. Ce ne fut que quelque temps avant l'accouchement, et surtout après celui-ci que la tumeur s'accrût visiblement.

La malade avait quelques picotements de la tempe vers le front. De plus en plus insupportable la grosseur lui occasionnait une sensation de constriction et de pesanteur toujours croissante, ce qui la contraignit enfin à venir trouver le Dr Ratmann. Celui-ci fit une ponction exploratrice qui donna

1. Traduite de *Rosenthal. Inaugur. Dissert.*, Berlin 188, 1889.

un liquide séreux et clair où le microscope ne put décèler aucun des caractères de l'hydatide.

Mais la croissance fut encore plus rapide et nécessita une 2<sup>e</sup> ponction. Le Dr Ratmann envoya la malade au professeur Sonnenburg pour être opérée, car il ne pensait ni à un kyste, ni à une tumeur sébacée, mais bien à une production de mauvaise nature. L'opération fut faite au commencement de l'année 1887, et montra un kyste blanc nacré, à parois épaisses dont l'incision laissa s'échapper environ 200 cc. d'un liquide clair non albumineux, ainsi que 30 vésicules filles de dimensions variables. Là encore l'examen microscopique ne révéla rien de caractéristique ; c'était bien cependant le tableau parfait d'un kyste à échinocoque couché entre les fibres un peu atrophiées du temporal gauche. La tumeur était tout contre l'artère temporale ce qui donna de la peine à l'excision *in toto*. On fit un lavage de la plaie à l'eau phéniquée ; on l'essuya avec de la gaze antiseptique et le pansement fut un peu serré ; après quelques jours la patiente put retourner chez elle. Grâce à un bon traitement la surface de la plaie après avoir suppuré pendant une quinzaine fut enfin détergée. On obtint un mois après l'opération une cicatrisation complète. Jamais il n'y eut consécutivement de fièvre, ni de douleur d'aucune sorte, ni de fatigue, amais on n'a pu soupçonner de récidence.

#### OBSERVATION XIV (4).

M. B... H..., âgé de 33 ans que j'avais opéré en juillet 1893 d'un hyste hydatique multiloculaire de la plèvre droite par l'ouver-

1. Reboul. *Congrès français de chirurgie*, 1893, p. 200.

ture large avec résection costale pouvait être considéré comme guéri en novembre ; époque à laquelle j'ai rapporté ailleurs son histoire.

En janvier 1894, M. B..., se met à tousser et rejette au milieu de crachats sanguinolents des lambeaux de membrane hydatique provenant probablement du sommet du poumon droit où l'examen indique l'existence d'une cavité. Cette expectoration continue pendant le mois de février, puis cesse complètement en mars. Les signes pulmonaires avaient disparu progressivement.

Au mois de mai M. B..., éprouve une sensation de gêne, de picotements, de douleurs poignantes à la partie postéro-inférieure de la région thoracique droite. A l'examen on sent une tumeur arrondie sous-cutanée, adhérente aux plans profonds, dans le onzième espace intercostal.

Frémissement hydatique très net. Le malade refusant toute opération, je me borne à pratiquer avec l'aide du Dr Pollon la ponction qui donne issue à environ 100 grammes de liquide eau de roche et à injecter quelques gouttes de naphthol camphré.

Drainage avec un crin de Florence. Pansement ouato-collodioné. Environ un mois après une membrane hydatique s'élimine par la fistule qui ne tarde pas à se fermer. Depuis lors la guérison s'est maintenue. Pas de signes de nouveau kyste ; l'examen du thorax et du poumon droit est négatif.

#### OBSERVATION XV

Mlle J..., âgée de 19 ans, artiste lyrique souffrait de la cuisse gauche depuis une contusion reçue dans cette région à l'âge de 12 ans. Progressivement une tuméfaction se produit.

En août 1893, un chirurgien professeur de faculté voit la malade et conclut à un ostéo-sarcôme à marche rapidement fatale.

En novembre un abcès paraît à la base du grand trochanter ; incision par un médecin, l'écoulement de pus abondant, fistule consécutive.

En février 1894, l'abcès s'est reproduit, un médecin appelé incise de nouveau.

Je vois la malade en juin 1894, d'après les commémoratifs, le siège de la fistule à la base du grand trochanter, l'existence d'une douleur à la pression de l'os ; l'examen, je porte le diagnostic d'ostéite épiphysaire ou tuberculeuse du grand trochanter.

Opération, le 6 juillet. Pas de lésions du grand trochanter et du fémur.

Mais, en prolongeant l'incision par en bas, à travers le vaste externe, je fais sourdre une poche hydatique volumineuse, située au tiers inférieur de la cuisse, dans l'épaisseur du biceps. J'énuclée la membrane fertile et résèque ensuite la poche fibreuse.

Suture à étages des muscles de l'aponévrose et de la peau. Guérison par première intention. Suites immédiates et consécutives excellentes. La malade a pu reprendre ses occupations, marcher et danser comme auparavant.

OBSERVATION XVII (résumée).

*Due au Dr Brousson de Nîmes.*

Mme P. de S. ., âgée de trente-quatre ans, présente dans la fosse sus-épineuse droite, une tumeur du volume d'une grosse orange.

Diagnostic : lipome. Opération : il s'agissait d'un kyste hydatique développé aux dépens du trapèze et contenant de nombreuses hydatides.

OBSERVATION XVIII (résumée).

*Due au Dr Brousson.*

M. B. ., 29 ans, tumeur de la région mammaire droite. Le médecin de la malade pense à une tumeur maligne du sein. Le Dr Brousson fait une ponction exploratrice qui donne issue à du liquide hydatique. La tumeur est alors incisée, elle est formée d'une poche kystique renfermant de nombreuses hydatides et développée dans l'épaisseur du grand pectoral. Quelques jours après, on voit survenir un abcès de la partie antéro-inférieure de la région thoracique gauche : incision, issue d'une membrane hydatique, hernie du poumon ; on constate un vaste

prolongement de la cavité kystique remontant jusqu'au troisième espace intercostal; contre-ouverture, drainages antiseptiques. Guérison un mois après.

#### OBSERVATION XIX

*(Due à Reboul chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nîmes).*

M. B. D..., 65 ans, pâtissier, s'aperçoit en avril 1894 de la présence d'une tumeur molle siégeant à la partie interne de la racine de la cuisse droite.

Cette tumeur augmentant progressivement et gênant la marche et la station debout, M. B. D..., consulte le Dr Brousson qui conclut à un abcès.

Le 3 mai. — La tumeur a le volume d'une grosse mandarine; incision: pus abondant. Lavage. Pansement antiseptique, drainage.

Le 6 juin. — Je vois le malade avec le Dr Brousson et je pense soit à un hygroma suppuré de la bourse ischiotique, soit à un abcès par congestion enflammé.

La cavité de l'abcès est irrégulière, elle présente deux prolongements remontant l'un vers la tubérosité ischiotique, l'autre sous le grand fessier. L'incision des trajets amène l'issue d'une grande quantité d'hydatides et d'une poche kystique.

La cavité qui les contenait siégeait sous le bord inférieur du grand fessier, au niveau des insertions des muscles postérieurs de la cuisse. Le 20 juin, la guérison était complète.

OBSERVATION XX

(*Empruntée à la Thèse de Villard, 1891.*)

*Kyste hydatique de la région lombaire à la suite d'un traumatisme violent. Suppuration du kyste. Opération et guérison.*

Mme B...., 51 ans, ménopause à 47 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort de vieillesse. Mère morte à 42 ans, toussant beaucoup. Un frère mort tuberculeux à 23 ans.

*Antécédents personnels.* — Bonne santé antérieure. Tempérament lymphatique et nerveux.

Accident il y a 21 ans, en 1869.

La malade longeait le bord d'un trottoir à l'angle de deux rues, lorsqu'une voiture lancée à toute vitesse tourna brusquement. Une des roues de derrière monta sur le trottoir et le fer de la roue atteignit la cuisse gauche de la malade, qui fit un mouvement de recul et tomba à la renverse, les reins sur le bord de la devanture voisine.

Le coup fut violent et la blessée, dans l'impossibilité de se relever, dut être transportée en voiture à son domicile.

La cuisse gauche fut aussi le siège d'une contusion avec ecchymose étendue, mais peu douloureuse et qui disparut en quelques jours.

Mais il n'en fut pas de même du côté des lombes.

Cette région, bien que ne portant aucune trace de contusion,

devint le siège d'une douleur assez vive, à environ 3 cm. à droite de la colonne vertébrale, au niveau et un petit peu au-dessus de l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire. Cette douleur s'irradiait dans le membre inférieur correspondant. Celui-ci était en outre, d'une grande faiblesse et la malade dans l'impossibilité de marcher sans canne. Cet état dura environ trois semaines, pendant lesquelles les fonctions du membre revinrent peu à peu, mais pendant longtemps encore, une douleur variable suivant le temps, dit la malade, persista dans la région lombaire et surtout dans la cuisse.

Néanmoins, tout était rentré dans l'ordre, lorsque, environ deux ans plus tard, la malade en s'habillant un matin sentit dans le point des lombes qui avait été antérieurement le siège du coup, une petite grosseur lui rouler sous les doigts.

Cette tumeur ovulaire, de la grosseur d'une noix, était absolument indolente au toucher. Elle était indépendante de la peau qui n'avait subi à son niveau aucune modification. Elle n'adhérait pas davantage aux parties sous-jacentes, car la malade affirmait qu'elle pouvait la saisir tout entière entre ses doigts.

Quant à la consistance, elle la compare à une boule de chair. Elle devenait cependant parfois un peu plus dure.

Cette tumeur, après avoir quelque peu augmenté de volume, parut diminuer puis resta stationnaire pendant plusieurs mois, à la suite desquels elle se remit à grossir pour atteindre, en 1872, le volume et la forme d'un œuf.

À cette époque, la malade, gênée, surtout lorsqu'elle voulait dormir couchée sur le dos, fait appeler son médecin. Celui-ci ne fait aucun diagnostic et conseille des vésicatoires. Aucune modification n'étant apportée dans son état, la malade abandonne alors tout traitement.

A dater de ce moment, la tumeur reste à peu près stationnaire pendant 10 ans.

La malade était seulement gênée à l'occasion de certains mouvements, surtout lorsqu'il s'agissait de se baïsser, puis de se relever. La tumeur devenait alors le siège de douleurs assez vives; elle y éprouvait comme des coups d'aiguilles. Deux ou trois fois aussi elle ressentit en se baissant, une douleur plus intense qu'elle compare au déplacement d'un nerf, à un coup de fouet.

En outre, la région postéro-externe de la cuisse correspondante jusqu'au genou, est le siège d'un engourdissement persistant qui, parfois, à l'occasion des mouvements d'extension de la jambe, se propage jusqu'à la plante du pied, qui devient alors, dit la malade, le siège d'une crampe.

Malgré cela, pendant toute cette période, l'état général se conserve bon. La malade n'a jamais de fièvre, elle ne perd ni ses forces, ni l'appétit.

C'est vers la fin de cette période, à 47 ans, que la malade arrive à son retour d'âge auquel elle attribue une grande influence sur la marche ultérieure de sa tumeur. Celle-ci qui, jusque-là avait grossi d'une façon progressive et continue mais extrêmement lente, prend à partir de ce moment un développement rapide.

C'est en 1881, en effet, que sans raison apparente, la tumeur se met à augmenter de volume. Elle grossit sous forme d'une boule, parfaitement circonscrite, qui s'arrondirait sous la peau et la soulèverait sans s'aplatir et sans trop s'élargir à sa base. A ce niveau, en déprimant fortement les téguments, il est toujours possible d'insinuer la pulpe des doigts sous la tumeur.

En 1882, sa grosseur est celle d'une tête d'enfant. Sa consis-

tance n'a pas changé. A son niveau, la peau est à peine modifiée et toujours indépendante.

Un médecin, appelé à ce moment, hésite entre un lipome ou un abcès froid. Il apprend à la malade qu'une opération est nécessaire pour la débarrasser, mais lui conseille cependant de ne rien faire tant que la tumeur ne grossira pas davantage.

Elle est toujours indolente au toucher et ne devient douloureuse qu'à l'occasion des nombreux traumatismes auxquels son volume l'expose. Aussi la malade avoue-t-elle qu'une de ses principales préoccupations est de les éviter.

Le volume de la tumeur s'accroît toujours ; elle devient comme une tête d'adulte. De plus, les douleurs dans la cuisse droite augmentent, surtout au niveau du genou.

Enfin pendant l'hiver 1884-85, l'état général qui, jusque-là, était resté bon, se modifie. La malade s'affaiblit progressivement. Elle perd l'appétit et digère péniblement ; souvent il lui arrive de s'endormir à table après ses repas.

Depuis quelque temps déjà, d'ailleurs, elle dormait plus souvent dans un fauteuil qu'au lit, où le volume de sa tumeur lui empêchait de prendre une position convenable.

De temps en temps, elle a des étourdissements.

Une légère fièvre se manifeste le soir, mais elle n'éprouve aucun frisson.

L'état général déclinant dès lors très rapidement, l'opération est décidée.

La veille de l'opération, la tumeur présente les caractères suivants : volume d'une grosse tête d'adulte ; elle occupe toute l'étendue de la région lombaire et s'étend du bord inférieur de la douzième côte au tiers inférieur du sacrum. Elle mesure de haut en bas 17 centimètres et 15 centimètres dans son dia-

mètre transversal ; la peau ne présente pas de modification importante, si ce n'est une légère rougeur au niveau de son point culminant ; elle glisse difficilement sur la tumeur. Il existe peu d'empâtement périphérique. La tumeur est régulièrement arrondie, non lobulée ; on sent qu'elle s'étend profondément, qu'elle a perdu sa mobilité et fait corps avec les parties sous-jacentes. Elle ne présente pas de réductibilité et l'on suppose qu'elle n'a pas de connexion avec le rein. L'exploitation de la cavité abdominale ne donne rien d'anormal. Celle des vertèbres n'est, en aucun point, douloureuse, la tumeur paraît en être parfaitement indépendante. Elle est tendue, dure, mais on distingue très nettement de la fluctuation. On ne perçoit pas de frémissement hydatique.

Le Dr Redard, appelé pour opérer la malade, pense à un abcès froid, ne trouvant pas de caractères qui lui permettent de supposer l'existence d'un kyste hydatique. L'examen le plus minutieux, pratiqué à plusieurs reprises, n'a jamais permis de constater de frémissement hydatique.

L'opération fut pratiquée en notre présence, avec l'aide des Drs Ducord et Tachard.

La malade anesthésiée, une large incision cruciale est pratiquée et découvre une poche qui, ouverte à son tour, donne immédiatement issue à un flot de pus assez liquide, renfermant une grande quantité de vésicules hydatiques. La poche se vide à peu près complètement et l'on se trouve en présence d'une paroi kystique assez résistante, épaisse de 1 à 2 centimètres que le Dr Redard se met en mesure d'extirper.

Cette paroi, sur certains points, s'énuclee assez facilement. En d'autres points, elle adhère fortement à l'aponévrose lombaire qui a été éraillée et a cédé pour livrer passage à la poche

kystique. Profondément, le kyste adhère très solidement aussi à la masse sacro-lombaire dans laquelle il a manifestement pris naissance.

On ne parvient que laborieusement à enlever la poche dans cette région où quelques vaisseaux d'une certaine importance sont lésés et nécessitent quelques pinces hémostatiques. Le kyste enlevé, on aperçoit très nettement à nu les fibres de la masse sacro-lombaire.

La poche a pu être extraite en totalité et elle présente tous les caractères ordinaires des kystes hydatiques. On pratique une suture des lèvres de l'incision au crin de Florence ; un drain est placé à la partie inférieure, un lavage avec une solution de sublimé est fait et on exerce une compression très exacte de la région à l'aide d'une masse de coton assez considérable.

Le soir de l'opération, la malade éprouve une fièvre légère (T. 38°, 6) ; on administre une potion avec chloral et extrait thébaïque.

Le lendemain, T. 38°, 4 le matin, et 38°, 4 le soir.

Le surlendemain, on enlève quelques fils de suture dans un point où il y avait un peu de gonflement et de suppuration ; un nouveau drain est placé ; T. 37°, 5 le matin, 37°, 6 le soir.

Une potion à l'extrait de quinquina est prescrite.

Il y a pendant quelques jours encore un peu de suppuration à ce niveau.

Partout ailleurs, la réunion s'est faite par première intention ; quelques jours après, la malade était guérie.

Le liquide de la tumeur contenait de très nombreux crochets et l'examen des vésicules ne permettait pas de douter de sa nature hydatique.

## CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques des muscles volontaires sont très rares, puisque le nombre des observations publiées jusqu'à ce jour, tant en France qu'à l'étranger, ne dépasse guère actuellement cent cinquante. Cette rareté s'explique aisément par ce fait que l'infection des organes se fait presque toujours par la voie sanguine, et que l'embryon hexacanthé avant d'arriver dans les muscles, rencontre dans sa migration deux grands obstacles, le foie et les poumons.

2° Le diagnostic exact des kystes hydatiques des muscles est très délicat. Le point important est d'abord de localiser la tumeur dans le muscle. On songera alors surtout au kyste hydatique ; on en recherchera soigneusement les symptômes caractéristiques, qui manquent d'ailleurs si souvent et on se méfiera surtout de la confusion possible avec les gommes syphilitiques, les abcès et les kystes non hydatiques, qui constituent les tumeurs les plus fréquentes des muscles.

3° Le traitement comme nous l'avons déjà dit, consistera autant que possible dans une énucléation totale de

la poche kystique. Lorsqu'on aura à opérer un kyste de la face, il faudra se préoccuper de la question esthétique, et pour avoir une belle cicatrice, recourir à la suture intra-dermique de M. Pozzi.

---

Vu par le président de la thèse

LE DENTU

Vu par le Doyen,  
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

## BIBLIOGRAPHIE

- LAENNEC. — Mémoire sur les vers vésiculaires, 1804.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale.
- DAYAINE. — Traité des Entozoaires.
- CRUVEILHER. — Anatomie pathologique.
- JUILLARD. — Kyste hydatique des muscles. Th. Paris, 1869.
- BOYRON. — Kystes hydatiques développés chez l'homme dans le tissu musculaire et intermusculaire. Th. Paris, 1877.
- FEYTAUD. — Pathogénie de l'urticaire hydatique, Th. Paris, 1875.
- BRASSARD. — Diagnostic des kystes hydatiques externes, Th. Paris, 1877.
- DANLOS. — Le traumatisme accidentel comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général. Th. Paris, 1879.
- MARTINET. — Difficultés du diagnostic des kystes hydatiques externes. Th. Paris, 1875.
- AUDIAT. — Kystes hydatiques des muscles. Th. Paris, 1887.
- MARGUET. — Kystes hydatiques des muscles. Th. Paris, 1888.
- ROSENTHAL. — Inaugur. Dissert. Berlin, 1888. Über das echinococcus der Muskeln.
- CHAUFFARD et WIDAL. — Pathogénie de la suppuration des kystes hydatiques, Soc. Médic. des Hôp. Avril 1894.
- E. ROLLET. — Du frémissement hydatique. Bulletin Soc. Chirurgie, 1896, p. 200.

RINDFLEISCH. — Traité d'histologie pathologique.

NEISSER. — Die echinococccen Krankheit. Berlin, 1877.

LEUCKTAIT. — Die Menaschlick Parasiten, 1863.

REBOUL. — Congrès français de Chirurgie, 1894. Quelques cas de  
kystes hydatiques des muscles.

MANUEL BAUDOUIN. — Revue de Chirurgie, p. 504, année 1889.







